

Dwangstoornis bij kinderen en volwassenen

effectiviteit behandeling & predictie van het resultaat



Else de Haan

Deze uitgave werd mogelijk gemaakt door:

Signora Cornelia Unlimited, Ventimiglia
Ciba-Geigy, Arnhem
Duphar Nederland BV

Ontwerp kافت: Iwan Kriens

Druk: Krips Repro BV, Meppel

© 1997 Bureau Bêta, Nijmegen www.beta.nl

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

No part of this publication may be reproduced in any form by print, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

Dwangstoornis bij kinderen en volwassenen
Effectiviteit behandeling en predictie van het resultaat

Obsessive compulsive disorder in children and adults
Effectiveness of treatment and prediction of result

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de rector magnificus
prof.dr. P.W.C. Akkermans M.A.
en volgens besluit van het college voor promoties

De openbare verdediging zal plaats vinden op
woensdag 18 juni 1997 om 11.45 uur

door

ELSE DE HAAN

geboren te Heemstede

PROMOTIECOMMISSIE

PROMOTORES: Prof. dr F.C. Verhulst
 Prof. dr P.M.G. Emmelkamp

OVERIGE LEDEN: Prof. dr F. Verheij
 Prof. dr W. Trijsburg
 Prof. dr W.B. Gunning

INHOUD

INLEIDING	1
1 DWANGSTOORNIS BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Klinisch beeld	5
1.3 Leeftijd waarop de klachten beginnen	7
1.4 Comorbiditeit	8
1.5 Differentiële diagnose	11
1.6 Prevalentie	14
1.7 Sekseratio	17
1.8 Prognose en resultaten van behandeling	18
2 FENOMENOLOGIE BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN	23
2.1 Inleiding	23
2.2 Dwangfenomenen	23
2.2.1 Gegevens uit onderzoek	
2.2.2 Schoonmaakrituelen	
2.2.3 Controleren	
2.2.4 Geruststelling vragen	
2.2.5 Ritueel gedrag	
2.2.6 Ernstige, egosyntonie dwangrituelen	
2.2.7 Dwanggedachten	
2.3 Betrokkenheid van gezinsleden	35
3 GEDRAGSTHERAPIE	37
3.1 Inleiding	37
3.2 Exposure en responspreventie	37
3.3 Cognitieve therapie	39
3.4 Verklaringsmodellen	40
3.5 Resultaten van de behandeling	44
3.5.1 Effectonderzoek bij kinderen en adolescenten	
3.5.2 Gevalsbeschrijvingen over kinderen en adolescenten	

4 GEDRAGSTHERAPIE, UITVOERING BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN	53
4.1 Inleiding	53
4.2 Inventarisatie van de dwanghandelingen, dwanggedachten en vermijdingsgedrag	53
4.3 Verklaringen voor de dwanggedachten en -handelingen	55
4.4 Uitleg van de behandeling	56
4.5 Exposure en responspreventie	58
4.5.1 Dwanghandelingen en vermijding	
4.5.2 Dwanggedachten	
4.6 De rol van ouders en andere gezinsleden	63
4.7 Motiveren	68
4.7.1 Registratie opdrachten	
4.7.2 Straffen en belonen, de te-veel-en-te-weinig-methode	
4.7.3 'Droog' oefenen	
4.7.4 Het puntenprogramma	
4.7.5 Tenslotte	
5 MEDICAMENTEUZE BEHANDELING	73
5.1 Inleiding	73
5.2 Gecontroleerde studies	73
5.3 Open studies	76
5.4 Klinisch relevante verbetering	77
5.5 Follow-up resultaten	78
5.6 Bijwerkingen	78
5.7 Conclusie	81
6 GEDRAGSTHERAPIE VERSUS FARMACOTHERAPIE, ONDERZOEK BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN	83
6.1 Inleiding	83
6.2 Methode	84
6.3 Resultaten	88
6.4 Discussie	94

7	PREDICTIE ONDERZOEK BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN	97
7.1	Inleiding	97
7.2	Methode	100
7.3	Resultaten	102
7.4	Discussie	105
8	GEDRAGSTHERAPIE VERSUS FARMACOTHERAPIE ONDERZOEK BIJ VOLWASSENEN	107
8.1	Inleiding	107
8.2	Methode	108
8.3	Resultaten	112
8.3.1	Patiënten	
8.3.2	Effect van de behandeling: analyse van de completers	
8.3.3	Effect van de behandeling: intent-to-treat-analyse	
8.3.4	Responders	
8.3.5	Effectgrootte	
8.3.6	Bijwerkingen van de medicatie	
8.4	Discussie	119
9	PREDICTIE ONDERZOEK BIJ VOLWASSENEN	123
9.1	Inleiding	123
9.2	Methode	127
9.3	Resultaten	129
9.3.1	Intent-to-treat-analyse	
9.3.2	Analyse van de patiënten die de behandeling hebben voltooid	
9.3.3	Responders en nonresponders	
9.3.4	Differentiële predictie voor de gedragstherapiecondities versus de combinatiecondities	
9.4	Discussie	134

10 DISCUSSIE	137
10.1 Inleiding	137
10.2 Conclusies	137
10.2.1 Effectiviteit van gedragstherapie versus farmacotherapie of combinatietherapie	
10.2.2 Predictoren voor het resultaat van de behandeling	
10.3 Kanttekeningen bij het onderzoek	140
10.3.1 Onderzoeksopzet	
10.3.2 Meetinstrumenten in het onderzoek bij kinderen en adolescenten	
10.3.3 Duur van de behandeling in het onderzoek bij kinderen en adolescenten	
10.3.4 Grootte van de onderzoeksgroep in de studie bij kinderen en adolescenten	
10.3.5 Verschil tussen criteria voor responders	
10.4 Aanbevelingen	144
REFERENTIES	145
SAMENVATTING	159
SUMMARY	167
DANKBETUIGING	173
CURRICULUM VITAE	177

INLEIDING

Van de psychische stoornissen is de dwangstoornis of obsessieve-compulsieve stoornis wel één van de meest fascinerende. Hoe is het mogelijk dat een zestienjarige jongen uren onder de douche staat, iedere dag zijn fiets schoonmaakt en zijn jas alleen wil dragen als deze gewassen is. En hoe krijgt hij zijn moeder zo-
ver om dat laatste te doen. Hoe krijgt iemand het voor elkaar van haar echtge-
noot te kunnen eisen dat hij zich op de deurmat uitkleedt bij thuiskomst, zijn kle-
ren afgeeft voor een wasbeurt en zelf linea recta in de douche verdwijnt. En hoe
is het mogelijk dat de echtgenoot niet allang is vertrokken.

Patiënten met een dwangstoornis richten hun leven vaak zo in dat zij hun dwangrituelen zo goed mogelijk kunnen uitvoeren of zo min mogelijk hoeven uit te voeren. Werk, school, vriendschappen en hobby's, alles wijkt voor de dwang. Gezinsleden, ouders, partners zijn vaak betrokken bij het uitvoeren van de dwangrituelen. Ook zij moeten belangrijke delen van hun leven opgeven voor hun kind of partner met dwangproblemen. In een groot aantal gevallen doen zij dit ook, waarschijnlijk omdat zij zien hoe groot de lijdensdruk is, maar soms ook omdat de patiënt hen dwingt tot hulp. Vooral adolescenten worden nog wel eens agressief als zij de hulp niet krijgen die zij vragen.

Dit proefschrift gaat over de behandeling van dwangstoornissen zowel van kinderen en adolescenten als van volwassenen. Twee onderzoeksvragen stonden hierbij centraal: (1) is er een verschil in resultaat tussen gedragstherapie en medicamenteuze therapie of een combinatie van beide en (2) is het behandelresultaat te voorspellen.

Het onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling van kinderen en adolescenten is in het Reinier de GraafGasthuis en voor een klein gedeelte op de polikliniek Kinderpsychiatrie van het Academisch Ziekenhuis in Utrecht uitgevoerd.

Het onderzoek bij volwassen patiënten vond plaats in samenwerking met de psychiatrische polikliniek van de Valeriuskliniek van de Vrije Universiteit van Amsterdam. In de proefschriften van Van Oppen (1994) en Van Balkom (1994) wordt verslag gedaan over gedeelten van deze studie. Van Oppen rapporteert over de effectiviteit van exposure en responspreventie versus cognitieve therapie en Van Balkom over de effectiviteit van gedragstherapie versus een combi-

natie-behandeling met een serotonerg antidepressivum. Beide studies betreffen de resultaten op korte termijn. In het hier voorliggende proefschrift wordt verslag gedaan van de resultaten op korte en midden lange termijn. Bovendien werd een predictiestudie verricht bij dezelfde onderzoekspopulatie.

Hoewel het onderzoek in dit proefschrift zowel kinderen en adolescenten als volwassenen betreft, wordt in de overige hoofdstukken vooral aandacht besteed aan de bijzonderheden van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten. In de genoemde proefschriften zijn de bijzonderheden van de dwangstoornis bij volwassenen al uitvoerig beschreven.

Het proefschrift bestaat uit drie delen. In het eerste deel wordt een algemeen beeld gegeven van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten. Epidemiologische gegevens, gegevens over comorbiditeit en prognostische gegevens worden onder anderen in het eerste hoofdstuk besproken. In het tweede hoofdstuk wordt nader ingegaan op de fenomenologie van de dwangstoornis zoals deze vooral bij kinderen en adolescenten voorkomt.

Het tweede deel van het proefschrift gaat over de behandeling. In hoofdstuk drie worden de verschillende vormen van gedragstherapie (exposure en responspreventie en cognitieve therapie) weergegeven. Zowel exposure en responspreventie als cognitieve therapie hebben een theoretische onderbouwing. De onderzoeksgegevens met betrekking tot deze theorieën worden besproken. Het hoofdstuk bevat ook een overzicht van het (ongecontroleerde) onderzoek naar de resultaten van gedragstherapie bij kinderen en adolescenten en van gepubliceerde gevalsbeschrijvingen. Hoofdstuk vier bevat een beschrijving van de praktische gang van zaken bij de behandeling van kinderen en adolescenten. De rol van de ouders en andere gezinsleden, mogelijke oplossingen voor veel voorkomende problemen en motiveringstechnieken worden besproken. In hoofdstuk vijf wordt het onderzoek naar de effectiviteit van medicamenteuze behandelingen weergegeven.

In het derde en laatste deel van het proefschrift wordt verslag gedaan van het onderzoek bij kinderen en adolescenten en bij volwassenen. Hoofdstuk zes betreft de studie naar de effectiviteit van een antidepressivum (clomipramine, Anafranil®) versus gedragstherapie bij kinderen en adolescenten. Er wordt verslag gedaan van de resultaten na twaalf en na vier en twintig weken behandeling. In hoofdstuk zeven worden de resultaten van de predictiestudie bij dezelfde onderzoekspopulatie besproken. Hoofdstuk acht en negen gaan over het onderzoek bij

volwassenen. De resultaten van het onderzoek naar de effectiviteit van gedragstherapie versus een combinatie van gedragstherapie en fluvoxamine (Fevarin®) op zowel korte termijn (na 16 zittingen) als lange termijn (een half jaar later) worden in hoofdstuk acht gepresenteerd. Hoofdstuk negen bevat de resultaten van de predictiestudie, zowel voor de korte als de langere termijn. In hoofdstuk tien, de discussie, worden de belangrijkste conclusies van dit proefschrift besproken.

1 DWANGSTOORNIS BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de algemene gegevens van de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) of dwangstoornis bij kinderen en adolescenten besproken. Hierbij komen het klinisch beeld, de leeftijd waarop de klachten beginnen, comorbiditeit, differentiële diagnose en gegevens over de prevalentie aan de orde. Twee typische kenmerken van een dwangstoornis op jeugdige leeftijd, namelijk het groter aantal jongens dan meisjes dat voor behandeling wordt aangemeld en de betrokkenheid van het gezin, komen vervolgens aan bod.

1.2 Klinisch beeld

Er is een treffende gelijkenis tussen de symptomen van de obsessieve-compulsieve stoornis van kinderen en die van volwassenen. In het meest gangbare psychiatrische classificatiesysteem, de DSM-IV, wordt de diagnose dan ook voor beide groepen vrijwel gelijk beschreven (American Psychiatric Association, 1994). Bij een obsessieve-compulsieve stoornis zijn er steeds terugkerende dwanghandelingen en dwanggedachten. Deze dwanghandelingen en/of gedachten nemen zoveel tijd in beslag dat zij het dagelijks leven ernstig bemoeilijken en zij veroorzaken een aanzienlijke hoeveelheid leed en spanningen. Dwanggedachten zijn steeds terugkerende ideeën, gedachten, impulsen of beelden. Zij worden ervaren als zinloos of verwerpelijk. Hoewel de gedachten als ik-vreemd (egodystoon) en onvrijwillig worden beleefd, wordt erkend dat de gedachten zelf geproduceerd worden en niet van buiten af zijn ingebracht, zoals psychotische patiënten dat beleven. Er worden pogingen ondernomen de gedachten te negeren of te onderdrukken. Dwanghandelingen zoals wassen, controleren, herhalen en tellen dienen om angst te verminderen. Deze angst betreft meestal een akelige gebeurtenis, die zou kunnen plaats vinden. De dwanghandelingen zijn bedoeld om te verhinderen dat zo'n gebeurtenis optreedt. De activiteit houdt hoogstens op magische manier verband met datgene dat moet ontstaan of moet worden voorkomen: door dertig keer het licht aan en uit te doen kun je nu eenmaal niet voorkomen dat je moeder dood gaat. In de eerste uitgave van de DSM werd het egodystone karakter van de stoornis benadrukt, in de volgende

uitgaven wordt dit criterium echter steeds verder gerelativeerd. In de DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) luidt het criterium nog 'The individual generally recognizes the senselessness of the behavior'. In DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) wordt hier aan toegevoegd dat dit niet langer zo hoeft te zijn voor patiënten bij wie de obsessies zogenaamde overwaardige denkbeelden zijn geworden. DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) is nog voorzichtiger. Hier moet de patiënt enigmatische erkennen dat zijn gedrag overdreven of onredelijk is. Bovendien wordt opgemerkt dat de mate van inzicht in de (on)redelijkheid van de dwanggedachten en handelingen kan wisselen naar gelang de situatie (vergelijk ook Foa & Kozak, 1995). Vanaf de eerste DSM uitgave geldt het criterium van egodystonie niet voor kinderen. Er wordt opgemerkt dat zij veelal niet in staat zijn onderscheid te maken tussen egosyntoon en egodystoon (verg. ook Rapoport, 1986).

Al voor het verschijnen van DSM-IV werd het criterium van de 'egodystonie' door verschillende auteurs in twijfel getrokken. Insel en Akisal (1986) deden onderzoek naar de mate van weerstand tegen de dwangrituelen en het inzicht in de nutteloosheid ervan. Bij 23 patiënten werden deze factoren gedurende een vier weken durende medicatie vrije periode door een beoordelaar op een schaal van 0-8 gescoord. De meeste (18) patiënten waren overtuigd van de zinloosheid van hun obsessies, maar als hun gevraagd werd wat er zou gebeuren als het ritueel niet zou worden uitgevoerd, waren ze minder overtuigd van de zinloosheid. De auteurs noemen dit een verschil tussen intellectueel en emotioneel inzicht. Ook de weerstand tegen de rituelen varieerde erg: toenemend bij werk, afnemend bij vermoeidheid. De auteurs veronderstellen dat er geen sprake is van een dichotomie maar van een continuüm. 'At the severe end of this continuum are patients who intellectually describe their obsessions as senseless but behaviorally appear to embrace rather than resist the obsessional idea' (Insel & Akisal, 1986). Met het voortschrijden van het onderzoek wordt het verschil tussen de criteria voor de dwangstoornis van volwassenen en die van kinderen steeds kleiner. In hoofdstuk 2 wordt uitvoeriger op het klinisch beeld van de dwangstoornis bij kinderen ingegaan.

1.3 Leeftijd waarop de klachten beginnen

Van een groot aantal volwassenen met dwangstoornis zijn de klachten in de adolescentie of nog vroeger begonnen. In een retrospectief onderzoek bij 91 patiënten, vond Kringlen (1970) bij 50% van de patiënten een begin voor het twintigste jaar. Twee derde van deze patiënten had al OC klachten op kinderleeftijd. In de studie van Hoogduin e.a. (1989) had 38% van de patiënten al dwangklachten voor twintigste jaar. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de leeftijd bij het begin van de klachten in studies bij kinderen en adolescenten.

Tabel 1

Leeftijd bij het begin van de OCS klachten. Overzicht van onderzoek bij kinderen en adolescenten

Auteur(s)	Leeftijd			Leeftijd begin klachten					
				Meisjes		Jongens		Totaal	
	N	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Swedo e.a. (1989)	70	13.7	2.7	11.0	2.7	9.6	3.8	-	-
Last & Strauss (1989)	20	12.7	-	-	-	-	-	10.7	-
Riddle e.a. (1990a)	21	12.2	3.1	8.8	3.1	9.2	2.7	9.0	2.9
Toro e.a. (1992)	72	Range 5-18		-	-	-	-	11.04	2.9
Hanna (1995)	31	Range 7-18		-	-	-	-	10.0	2.8

Noot Voor het aangeven van decimalen wordt in het hele proefschrift de Engelse notering aangehouden.

Behalve in het onderzoek van Swedo e.a. (1989) werd er geen significant verschil gevonden tussen jongens en meisjes. Hoewel OCS soms al op vijfjarige leeftijd ontstaat, beginnen de klachten meestal in de (vroeg) puberteit. In een retrospectief gecontroleerd onderzoek (Leonard e.a., 1990), waarbij 38 jongeren met een OCS waren betrokken, bleek dat deze kinderen in hun vroege jeugd (twee tot vijf jaar) significant meer rituelen hadden gehad dan de jongeren uit de controlegroep. Dit zou kunnen duiden op een zeer vroeg begin van de stoornis. Het zou echter ook een artefact kunnen zijn. Het waren de ouders aan wie vragen over eerder ritueel gedrag van hun kind werden gesteld. Het is voorstelbaar dat ouders van kinderen met een OCS zich de dwangrituelen beter kunnen herinneren dan ouders van kinderen die nu geen rituelen meer hebben.

Een vaak genoemde bijzonderheid van een dwangstoornis bij kinderen en adolescenten is het gegeven dat zij de problemen zolang mogelijk voor zich houden. Uit schaamte voor hun wonderlijke angsten en hun rare neigingen zorgen zij ervoor dat hun omgeving niet weet wat hen bezighoudt. Zij ontkennen problemen en zoeken uitvluchten voor hun vreemde gedrag (Swedo & Rapoport, 1989). Volgens Swedo e.a. (1989) duurde het gemiddeld een halfjaar voordat ouders van de problemen van hun dochter of zoon op de hoogte waren.

1.4 Comorbiditeit

Dwangstoornissen gaan vaak samen met andere psychische stoornissen. In ongeveer drie kwart van de gevallen wordt naast de diagnose OCS ook een andere psychiatrische diagnose gesteld. In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de comorbiditeit in verschillende studies.

Tabel 2
Comorbiditeit bij OCS. Overzicht van onderzoek bij kinderen en adolescenten

Auteur(s)	N	Stoornis in percentages				
		Angststoornis	Depressieve stoornis	Tic stoornis	GTS	AD(H)D
Swedo e.a. (1989)*	70	40	35			10
Last & Strauss (1989)	20		60	10		
Riddle e.a. (1990a)	21	38	29	24		10
Toro e.a. (1992)	72	41.6	37.5	16.7	15.3	5.5
Thomsen (1994a)	20	55	40	40	10	30
Hanna (1995)**	31	26	32	13	13	16

* GTS en eetstoornissen waren exclusie criteria ** Alleen life-time diagnoses

Alleen de studies waarin de stoornissen werden vastgesteld met een gestructureerd interview en vragenlijsten worden opgenomen. Depressiviteit en andere angststoornissen worden het meest gerapporteerd. Thomsen (1994a) vond in 30% van de gevallen een aandachtstekort stoornis met of zonder hyperactiviteit (AD(H)D). Dit was echter niet specifiek voor de kinderen met een dwangstoornis. Ook bij de controlegroep (kinderen met andere psychische stoornissen) had 25% een AD(H)D. Gedragsstoornissen of oppositionele stoornissen komen niet veel voor samen met OCS. Uitzonderingen zijn de studie van Swedo e.a. (1989)

waar een percentage van 17 wordt gevonden en de studie van Hanna (1995) waarin 29% van de patiënten een gedragsstoornis, een oppositionele stoornis of een ADHD heeft. Comorbiditeit is niet specifiek voor patiënten met dwangstoornissen. Uit epidemiologisch onderzoek bij 15-jarigen (McGee e.a., 1990) en bij elfjarigen (Anderson e.a., 1987) bleek dat respectievelijk 25% en 55% van de jongeren met een volgens de DSM te classificeren stoornis, aan de criteria voor meer dan één stoornis voldeed.

Het syndroom van Gilles de la Tourette

Er wordt een samenhang verondersteld tussen het syndroom van Gilles de la Tourette (GTS) en de dwangstoornis. Patiënten met GTS of familieleden van hen hebben vaker dan op grond van epidemiologische gegevens verwacht mag worden, ook een dwangstoornis (Apter e.a., 1993; Pauls, 1990; Pauls e.a., 1986). Patiënten met een dwangstoornis hebben in een groot aantal gevallen (7% tot 59%) ook de (life-time) diagnose ticstoornis of GTS (Leonard e.a., 1992; Rasmussen & Tsuang, 1986). Deze studies zijn gedaan bij patiënten die voor klinische of ambulante behandeling waren verwezen. De resultaten van epidemiologisch onderzoek zijn niet eensluidend. Zohar e.a. (1992) vonden significant meer ticstoornissen bij 16- en 17-jarige rekruten met een dwangstoornis dan bij rekruten zonder een dwangstoornis. In een epidemiologische studie van Douglass e.a. (1995) werd de relatie echter niet gevonden.

Verondersteld wordt dat patiënten met zowel een dwangstoornis als tics of GTS een specifieke groep vormen wat betreft de symptomatologie van de dwangstoornis. George e.a. (1993) onderzochten een groep van 25 patiënten met een dwangstoornis ($n = 10$) of een dwangstoornis én het syndroom van Gilles de la Tourette ($n = 15$). Patiënten met alleen een dwangstoornis hadden vaker obsessies over afscheidingsproducten van het lichaam, vuil en ziektekiemen of milieuverontreiniging, grotere angst om niet de juiste dingen te zeggen, meer dysmorfofobie, meer schoonmaakhandelingen. Patiënten met dwang én GTS hadden vaker obsessies over agressieve beelden, seksuele gedachten, en impulsies (drang) om zichzelf te beschadigen of anderen te imiteren of te beledigen. Zij hadden vaker last van knippen met de ogen of staren, hamsteren, aanraken en tellen. In een studie van Holzer e.a. (1994), waarin meer patiënten waren betrokken ($N = 70$), en geavanceerdere statistiek werd toegepast, bleek echter geen significant verschil in inhoud van obsessies. Wel konden de twee groepen onder-

scheiden worden op grond van de aard van de dwanghandelingen. De groep met de dubbele stoornis had vaker 'tic'achtige dwanghandelingen als aanraken, tikken, wrijven, knippen met de ogen of staren. Dit waren dwanghandelingen (compulsions) in de zin dat zij een doel hadden (knippen met de ogen om te voorkomen dat er iets ergs gebeurt). De groep met de dubbele stoornis had minder vaak schoonmaakhandelingen vergeleken met de groep met alleen een dwangstoornis. In dit onderzoek waren ook patiënten met OCS én een chronische ticstoornis betrokken.

Uit onderzoek bij volwassen patiënten blijkt dat van de patiënten die geen baat hebben bij serotonerge antidepressiva, het vooral de patiënten zijn die ook een ticstoornis hebben, die goed reageren op toevoeging van een neurolepticum (McDougle e.a., 1990, 1994).

Gegevens over de symptomatologie bij kinderen en adolescenten zijn er nauwelijks. Uit het follow-up onderzoek van Leonard e.a. (1992) bleek er geen verschil in dwang-symptomatologie tussen kinderen met OCS én GTS en kinderen met alleen een dwangstoornis. Het is echter niet duidelijk of hierbij een verschil is gemaakt tussen dwang en drang. Ook is het onbekend of er gevraagd is naar de aard van de dwanggedachten.

Persoonlijkheidsstoornissen

Jenike e.a. (1986) beschrijven een specifieke groep patiënten die zij 'schizo-obsessief' noemen. Deze patiënten hebben naast de diagnose dwangstoornis, de as II-diagnose schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Zij hebben een vreemd taalgebruik, dat gekunsteld, metafoor, vaag en ontwijkend is. De meeste patiënten zijn geïsoleerd en angstig in sociale situaties, zij zijn soms paranoïd, denken magisch, hebben last van depersonalisatie en derealisatie. Hoewel het bij kinderen en adolescenten ongebruikelijk is persoonlijkheidsstoornissen te diagnosticeren, voldoet een aantal van de patiënten met ernstige egosyntone dwangrituelen eveneens aan de criteria voor een schizotypische persoonlijkheidsstoornis of voor een schizoïde persoonlijkheidsstoornis. Hierover bestaan echter geen onderzoeksgegevens. Opgemerkt moet worden dat de diagnose schizotypische persoonlijkheidsstoornis volgens het classificatiesysteem van de ICD- 10 (World Health Organisation, 1992) tot de psychotische stoornissen zoals schizofrenie en de waanstoornis gerekend wordt, en schizotypische stoornis wordt genoemd.

1.5 Differentiële diagnose

Het voorkomen van dwangrituelen op kinderleeftijd is niet ongewoon (Judd, 1965). Deze rituelen hebben echter geen dwingend karakter, worden niet gevoed door angst en betekenen geen ernstige handicap voor het kind en zijn omgeving.

Rituelen, herhaalde handelingen en obsessies komen ook bij andere psychische stoornissen voor. Een onderscheid moet gemaakt worden met de volgende stoornissen.

Depressie

Patiënten met een ernstige dwangstoornis hebben vaak depressieve klachten. In de meeste gevallen zijn deze klachten secundair aan de dwangklachten. De patiënten voelen zich ongelukkig en depressief omdat zij zoveel last hebben van de dwangrituelen en de dwanggedachten en vaak ook omdat zij zich schamen voor hun vreemde gedrag. Dergelijke depressieve klachten moeten onderscheiden worden van de klachten van een depressie in engere zin, waarbij de depressieve klachten in plaats van de dwangklachten de hoofdstoornis vormen. Een probleem hierbij is dat dwanggedachten ook bij ernstige depressies kunnen voorkomen. Verdellen e.a. (1996) beschrijven zeven criteria op grond waarvan bij volwassenen een dwangstoornis onderscheiden kan worden van een depressie in engere zin. Deze criteria zijn op grond van onderzoek en klinische ervaring opgesteld, maar nog niet getoetst. Een depressie in engere zin is waarschijnlijker dan een dwangstoornis wanneer aan de meerderheid van de volgende criteria is voldaan: 1. de dwangsymptomen treden op na het ontstaan van de depressieve klachten; 2. er is sprake van een dagschommeling, ook in de ernst van de dwangverschijnselen; 3. de stoornis heeft een episodisch karakter; 4. er is een positieve reactie op een niet-serotonine heropname remmend antidepressivum; 5. er komen ernstige depressies voor in de familie; 6. de obsessies hebben een homocidale of suïcidale inhoud; 7. de klachten bestaan kort. Onderzoekgegevens over de differentiële diagnostiek bij kinderen en adolescenten zijn er evenmin.

Schizofrenie

Stereotiep, ritueel gedrag komt ook voor bij psychotische patiënten. Een ernstige vorm van een dwangstoornis is soms moeilijk te onderscheiden van een psychose zoals schizofrenie. Het belangrijkste differentiële diagnostisch criterium is de vraag of er sprake is van formele denkstoornissen, wanen en hallucinaties en gestoorde reality testing. Hiervan is bij een dwangstoornis geen sprake.

Patiënten met een ernstige dwangstoornis worden desondanks toch nog wel als psychotisch gediagnostiseerd. Ook worden ernstige egosyntone dwangrituelen bij kinderen en adolescenten wel opgevat als voorbodes van schizofrenie. Deze patiënten zouden volgens sommigen niet de diagnose dwangstoornis moeten krijgen, maar beginnende schizofrenie. Het is echter de vraag of vreemde dwangrituelen, met weinig of geen ego-dystoniteit, een specifieke vorm van OCS vertegenwoordigen dan wel voorbodes zijn van schizofrenie. In vroege publicaties wordt uitgegaan van een hechte relatie tussen OCS en latente schizofrenie (Bleuler, 1911; Diethelm, 1955; Woolley, 1937), hoewel er ook gewezen wordt op het verschil (Despert, 1955). Uit follow-up onderzoek bij volwassen patiënten met OCS blijkt dat 1% tot 16% tenslotte als schizofreen gediagnostiseerd wordt (Insel & Akisal, 1986). In een groot aantal van de in deze publicaties genoemde studies werden echter nog niet de DSM-criteria voor schizofrenie gehanteerd. In retrospectief follow-up onderzoek bij kinderen en adolescenten met de oorspronkelijke diagnose dwangstoornis, werd later schizofrenie geconstateerd in 0% tot 10% van de gevallen (Hollingsworth e.a., 1980; Thomsen, 1994b; Allsopp en Verduyn 1988;). In prospectief follow-up onderzoek vonden Flament e.a. (1990) bij 25 patiënten één, Leonard e.a. (1993) bij 54 patiënten één, en Thomsen en Mikkelsen (1995) bij 23 patiënten geen patiënt met schizofrenie of een andere psychotische stoornis. Schizofrenie of een andere psychotische stoornis volgt dus zelden op een OCS. De vraag of vreemde, egosyntone dwangrituelen een voorbode zijn van schizofrenie is hiermee natuurlijk niet beantwoord. Voor zo ver bekend zijn er geen specifieke follow-up gegevens over kinderen met vreemde, egosyntone dwangrituelen.

Autisme

Rituelen en stereotiep gedrag komt bij autisme veelvuldig voor. Dit gedrag is hier echter volledig egosyntoon. Het dwangmatig gedrag is niet het belangrijkste kenmerk van de aandoening. Bovendien is er geen sprake van angst als motor voor de dwangrituelen. McDougale e.a. (1995) vergeleken de rituelen en de obsessies van 50 volwassen patiënten met autisme met die van 50 volwassen patiënten met OCS. De twee groepen bleken goed onderscheiden te kunnen worden op grond van de aard van hun dwanghandelingen en de inhoud van de obsessies. Obsessies over agressie en symmetrie en dwanghandelingen als controleren, tellen, verzamelen, aan willen raken, tikken, wrijven en zichzelf

beschadigen differentieerden het beste tussen de twee groepen. De autisten hadden minder vaak obsessies over agressie en symmetrie, en zij hadden minder vaak controle- en tel-dwanghandelingen. Verzamelen, aan willen raken, en zichzelf beschadigen kwam bij hen significant vaker voor dan bij patiënten met een OCS. De auteurs zetten overigens vraagtekens bij de egosyntoniteit van de dwanghandelingen en obsessies van patiënten met autisme. Beoordeling van de realiteitswaarde van obsessies en de zin van compulsies ligt meestal niet binnen het vermogen van deze patiënten. Het onvermogen om een 'internal state of mind' te verwoorden, impliceert niet de afwezigheid ervan. In dat opzichten zijn patiënten met autisme vergelijkbaar met kinderen met een dwangstoornis, aldus de auteurs.

Pervasieve ontwikkelingsstoornis Niet Anders Omschreven.

Van de pervasieve ontwikkelingsstoornissen is het met name de Pervasieve Ontwikkelingsstoornis Niet Anders Omschreven (vaak ook met de Engelse afkorting PDD NOS genoemd) die geopperd wordt als alternatieve diagnose voor kinderen met vreemde, ego-syntone dwangrituelen. Het bezwaar van deze categorie is echter dat het een restcategorie is, waarvoor geen duidelijke diagnostische criteria zijn.

Syndroom van Gilles de la Tourette

Dwanghandelingen zijn over het algemeen goed te differentiëren van de tics en het tic-achtig gedrag die horen bij het syndroom van Gilles de la Tourette (GTS). Het belangrijkste verschil ligt in de intentie van het gedrag. Dwanghandelingen worden uitgevoerd om angst te verminderen of te voorkomen. Over het algemeen wordt het uitvoeren van de dwanghandelingen beleefd als een noodzakelijk kwaad. Tics daarentegen reduceren geen angst. De meeste patiënten met tics voelen voorafgaand aan de tic een ofwel niet te lokaliseren en moeilijk te definiëren drang of sensatie (lichamelijk of psychisch) ofwel een specifiek te lokaliseren sensatie (Kurlan e.a., 1989; Lang, 1991; Leckman e.a., 1993). Deze drang of sensatie wordt beschreven als een 'premonitory urge' (Bliss, 1980; Lang, 1992). Door de tic verdwijnt deze sensatie of drang, of wordt deze in ieder geval minder (Lang, 1992).

De meest voorkomende tics zijn enkelvoudige motorische tics zoals ogen knipperen, grimasseren, en het hoofd schudden. Ook komen ook vocale tics voor, zoals het uitstoten van geluiden of het uitstoten van obscene woorden. Het

onderscheid tussen deze tics en dwanghandelingen is niet moeilijk te maken. Er bestaan ook complexe motorische tics. Dergelijke complexe tics hebben vaak grote gelijkenis met dwanghandelingen. De Haan (1987) beschreef een man die alles wat hij zag telde: de hoeken van een schrift, de stoelen rond een tafel, de elektriciteitspalen vanuit de trein. In eerste instantie leken dit dwanghandelingen, die horen bij een dwangstoornis. Het tellen diende echter, anders dan bij de dwangstoornis, geen enkel doel. De man deed het vanuit een van binnen gevoelde drang – een ‘premonitory urge’ – en hij beleefde het tellen als een vrij zinloos spelletje. Later beschreven Cath e.a. (1992) dergelijke fenomeen als ‘mental play’. In hun onderzoek naar verschillen tussen GTS en dwangstoornis kwam dit alleen bij de GTS-patiënten voor. Er blijkt dus goed onderscheid gemaakt te kunnen worden tussen de complexe motorische tics van het syndroom van Gilles de la Tourette en dwanghandelingen, ook al zijn zij in verschijningsvorm vrijwel hetzelfde. Dit verschil kan zelfs gemaakt worden bij patiënten die zowel het GTS als een OCS hebben. Leckman e.a. (1994) vroegen patiënten (van 9 tot 71 jaar oud) met het syndroom van Gilles de la Tourette naar het voorkomen van dwanggedachten en dwanghandelingen. Bij de patiënten die ook de diagnose OCS hadden, was een opvallend hoog aantal (81%) dat aangaf dat zij de dwanghandelingen uitvoerden om het gevoel te krijgen ‘dat het goed is’ (de ‘just right perception’). Als voorbeeld wordt genoemd de man die zich net zo lang aan- en uitkleedt tot hij het gevoel heeft dat zijn shirt goed voelt. De auteurs vermelden dat de meeste patiënten een duidelijk onderscheid maken tussen de z.g. ‘premonitory urges’ die aan tics vooraf gaan en de ‘just right perceptions’. Een tic wordt gevoeld als een lichamelijke sensatie, een dwanghandeling als een psychische. Een elfjarige jongen beschreef een tic als een kriebel en een dwanghandeling als een wens. (‘a tic is more of an itch, and a compulsion is a want’).

1.6 Prevalentie

In de klinische praktijk worden relatief weinig kinderen en adolescenten met een dwangstoornis behandeld. De aandoening wordt omschreven als ‘zelden voorkomend’. Judd (1965) onderzocht de gegevens van 405 kinderen tot twaalf jaar, die waren aangemeld bij een kinderpsychiatrisch ziekenhuis voor klinische of poliklinische behandeling. Criteria voor het achteraf stellen van de diagnose waren: duidelijke dwangsymptomen, geen symptomen van andere psychiatrische

stoornissen en de symptomatologie moet zo ernstig zijn dat deze het algemeen functioneren van het kind ernstig bemoeilijkt. Retrospectief werden er vijf kinderen met een dwangstoornis gediagnostiseerd (1.2%). Hollingsworth e.a. (1980) gebruikten dezelfde criteria voor een retrospectief onderzoek naar de gegevens van 50 kinderen die tussen 1959 en 1975 de diagnose OCS kregen. Zeventien van hen voldeden aan de criteria (0.2% van het totaal aantal kinderen) Thomsen (1994b) stelde, eveneens retrospectief, vast hoeveel kinderen van 8-17 jaar er tussen 1970 en 1986 bij een kinderpsychiatrisch ziekenhuis in Denemarken werden aangemeld met een dwangstoornis. Hij bekeek hierbij alleen de eerste aanmeldingen. Aan de hand van de gegevens van 4594 patiënten konden twee onafhankelijke onderzoekers bij 61 patiënten de diagnose OCS vaststellen (1.33%). Hierbij werden de DSM-III-criteria gehanteerd. Bij de drie onderzoeken moest de diagnose OCS veelal aan de hand van de gegevens die in de status werden gevonden gesteld worden. De meeste kinderen werden onderzocht in de tijd dat de DSM-III-criteria nog niet golden. In het onderzoek van Thomsen (1994b) bijvoorbeeld was slechts in acht gevallen de diagnose OCS al tijdens het werkelijke onderzoek van het kind gesteld. De meeste kinderen kregen ICD-8-diagnoses als neurose of infantiele neurose. De onderzoekers waren dus afhankelijk van de mate van precisie waarin de oorspronkelijke beoordelaar de gegevens heeft genoteerd. Dat deze procedure meestal niet al te betrouwbare gegevens oplevert, is duidelijk.

Verondersteld wordt dat het aantal kinderen en adolescenten met een dwangstoornis veel groter is dan bekend is. Kinderen die bij behandelinstellingen worden aangemeld hebben veelal al enige jaren last van dwangproblemen, vaak zonder dat iemand daar iets van gemerkt heeft. Er is een aantal bevolkingsonderzoeken gedaan om psychische stoornissen waaronder dwangstoornissen in kaart te brengen. In het onderzoek dat Rutter op het eiland Wight deed kon de diagnose dwangstoornis niet gesteld worden (Rutter e.a. 1970). In vijf epidemiologische studies werd de diagnose OCS op grond van een (semi)gestructureerd interview gesteld. Een overzicht van deze studies wordt gegeven in tabel 3.

Tabel 3

Prevalentie van OCS bij kinderen en adolescenten. Epidemiologische studies

Auteur (s)	Leeftijd	Onderzoeksgroep	Prevalentie %
Flament e.a. (1988)	12-22	5000	1.9
Zohar e.a. (1992)	16, 17	562	3.6
Reinherz e.a. (1993)	M = 17.9	386	1.3
Valleni-Basile e.a. (1994)	Adolescenten	3283	3
Douglass e.a. (1995)	18	930	4

Flament e.a. (1988) deden onderzoek bij ruim Amerikaanse 5000 adolescenten van 12 tot 22 jaar. Dit was een onderdeel van een onderzoek naar algemeen psychisch welbevinden, angsten en eetproblemen. Het onderzoek werd in twee stappen verricht. In eerste instantie kregen alle adolescenten een 'self-report'-vragenlijst in te vullen. Dit was de verkorte en aangepaste vorm van de Leyton Obsessional Inventory – Child Version (LOI-CV). In de tweede fase werd bij degenen die hoog scoorden een semi-gestructureerd interview afgenomen. Bij 18 jongeren werd de diagnose OCS gesteld. De life-time prevalentie werd berekend op 1.9%.

Zohar e.a. (1992) onderzochten 592 Israëliëse rekruten van zestien en zeventien jaar. Dit was een steekproef uit de nieuwe lichte dienstplichtigen. Alle dienstplichtigen werden onderzocht met een gestructureerd interview. Er werd een prevalentie voor OCS gevonden van 3.6%

Als onderdeel van een longitudinaal onderzoek bij kinderen en adolescenten in het Noordoosten van de VS werden 386 adolescenten met een gemiddelde leeftijd van 17.9 jaar onderzocht. Bij allen werd een gedeelte van een gestructureerd interview afgenomen door getrainde lekeninterviewers. Er werd in het bijzonder gekeken naar het voorkomen van stoornissen die vooral in de adolescentie ontstaan, als depressie, fobieën, posttraumatische stressstoornis, OCS en alcohol- en drugsproblematiek. Acht adolescenten (2.1%) voldeden aan de criteria voor een life-time-diagnose OCS (Reinherz e.a., 1993)

Het vierde epidemiologische onderzoek is gedaan bij 3283 jonge adolescenten van vier scholen in het Zuidoosten van de VS (Valleni-Basile e.a., 1994). Op grond van vragenlijstgegevens werd een subgroep samengesteld voor een diagnostische interview. De prevalentie van OCS bleek 3%.

Douglass e.a. (1995) vonden een prevalentie van 4% bij een epidemiologisch onderzoek bij 930 adolescenten van achttien jaar. Het onderzoek is een onderdeel van de Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study, een groot longitudinaal onderzoek naar de gezondheid en ontwikkeling van alle kinderen die binnen één jaar geboren werden in een grote stad in Nieuw-Zeeland. In dit onderzoek werden alle kinderen geïnterviewd. Kinderen die symptomen rapporteerden kregen een gestructureerde diagnostisch interview.

In twee epidemiologische studies werden geen formele DSM-diagnoses gesteld. Esser e.a. (1990) deden een longitudinaal onderzoek bij 399 Duitse kinderen van acht jaar. Op dertienjarige leeftijd werden zij opnieuw onderzocht. Zowel de ouders als de kinderen werden geïnterviewd. Dwanghandelingen werden gediagnostiseerd bij 4,6% (matig ernstig) en 2,8% (ernstig) van de achtjarigen. Op dertienjarige leeftijd had 3,4% een controledwang, 2,3% een schoonmaakdwang en 4,0% obsessies. Van belang is dat hier geen gebruik werd gemaakt van DSM criteria. Het is onduidelijk hoeveel van de kinderen voldeden aan de criteria voor een dwangstoornis.

Thomsen (1993) onderzocht het voorkomen van dwangstoornissen bij kinderen van vier scholen in Denemarken. Hierbij werd gebruikgemaakt van een vragenlijst (LOI-CV). 1032 kinderen in de leeftijd van 11-17 jaar (gemiddelde leeftijd 13,8 jaar) waren betrokken bij het onderzoek. Tweeënveertig (42) kinderen scoorden in de klinische range van de LOI-CV (4,1 % van de gehele populatie). De kinderen werden niet individueel onderzocht.

Uit epidemiologisch onderzoek bij volwassenen blijkt een prevalentie van 1-2,5% (Robins e.a., 1984, Myers e.a., 1984, Karno e.a., 1988; Bland e.a., 1988).

1.7 Sekseratio

In tabel 4 wordt een overzicht gegevens van de sekseverdeling in klinische en epidemiologische studies. In klinische studies is het aantal jongens met een dwangstoornis vrijwel altijd groter dan het aantal meisjes. Het sekseverschil verdwijnt bij epidemiologisch onderzoek. Het zou kunnen betekenen dat meisjes hun klachten langer weten te verbergen of dat hun gedrag en hun emoties langer als normaal gezien worden. Ook is het goed mogelijk dat de gerapporteerde klinische studies geen representatief beeld geven van de kinderen en

adolescenten die voor behandeling verwezen worden. De publicaties komen meestal uit gerenommeerde instituten, waar vooral patiënten met ernstige klachten behandeld worden. In epidemiologisch onderzoek bij volwassenen wordt geen sekseverschil gerapporteerd (Karno e.a., 1988) tot 50% meer vrouwen (Myers e.a., 1984).

Tabel 4

Verhouding jongens-meisjes bij OCS. Overzicht van onderzoek

Auteur(s)	N	Ratio jongens: meisjes	Jongens n	Meisjes n
Klinische studies				
Flament e.a. (1985)	27	2 : 1	18	9
Swedo e.a. (1989)	70	2 : 1	47	23
Riddle e.a. (1990a)	21	1 : 1.3	9	12
Toro e.a. (1992)	72	1.9 : 1	47	25
Thomsen (1994a)	20	4 : 1	16	4
Hanna (1995)	31	1.6 : 1	19	12
Epidemiologische studies				
Flament e.a. (1988)	20	1.2 : 1	11	9
Zohar (1992)	20	1 : 0.2	17	3
Reinherz e.a., (1993)*	8	1 : 3	2	6
Valleni-Basile e.a. (1994)	26	1 : 1.9	9	17
Douglass e.a. (1995)	37	0.7 : 1	15	22

* Lifetime prevalentie

1.8 Prognose en resultaten van behandeling

Voor de introductie van gedragstherapie met exposure en responspreventie en de serotonerge antidepressiva, was OCS een slecht te behandelen stoornis met een chronisch verloop (Marks, 1987). Met de komst van gedragstherapie en later de serotonerge antidepressiva is de prognose aanzienlijk verbeterd. Dit geldt althans voor volwassen patiënten. Uit een meta-analyse van onderzoek naar het effect van gedragstherapie, serotonerge antidepressiva of een combinatie van beide (bij in totaal 1185 patiënten) blijkt dat deze behandelmethoden significant

effectiever zijn dan placebobehandelingen. Er werd meer resultaat bereikt zowel m.b.t de dwangklachten als m.b.t depressie en angst (Van Balkom e.a. 1994). De eerste follow-up studies bij kinderen en adolescenten laten een somber beeld zien. Zij stammen uit een tijd waarin gedragstherapie en serotonerge antidepressiva nog niet voorhanden waren. Bovendien betreffen zij voornamelijk patiënten die klinisch zijn behandeld, wat waarschijnlijk betekent dat het om patiënten met zeer ernstige klachten ging.

In een retrospectieve studie van Warren (1965) bleken vijf van de vijftien adolescenten nog steeds ernstige symptomen te hebben, vier hadden in mindere mate last van de dwangsymptomen, vier kregen bij stress last en twee hadden in het geheel geen klachten meer. De follow-up periode was tenminste zes jaar. Hollingsworth e.a. (1980) rapporteren over de follow-up op lange termijn (gemiddeld 6.5 jaar). Van de tien patiënten hadden er zeven op volwassen leeftijd nog steeds last van dwangsymptomen.

Patiënten in de latere follow-up studies zijn in sommige gevallen met serotonerge antidepressiva of met gedragstherapie behandeld. Er zijn dan nog geen behandelprotocollen. De aard van de behandeling lijkt vooral door toeval bepaald. Allsopp en Verduyn (1988) deden een retrospectief onderzoek bij 26 patiënten, die klinisch of poliklinisch waren behandeld. De behandeling had meestal bestaan uit gedragstherapie (exposure en responspreventie) en gezinsgesprekken (14 patiënten), psychodynamische psychotherapie (1) gezinstherapie (2) antidepressiva, antipsychotica en ECT (1) en een sociale vaardigheidstraining (1). Bij beëindiging van de behandeling was 62% aanzienlijk tot geheel hersteld (7 waren vrij van symptomen, 9 waren aanzienlijk verbeterd), 38% was niet verbeterd (4 nauwelijks verbeterd, 2 verslechterd en 4 weigerden verdere behandeling). Van twintig patiënten uit deze groep konden gemiddeld 9.8 jaar na de behandeling follow-up gegevens verkregen worden. Tien van hen hadden een psychiatrische stoornis: zes OCS, twee schizofrenie, en twee een depressieve stoornis. De patiënten die symptoomvrij uit de behandeling waren ontslagen, waren ook bij follow-up vrij van symptomen.

Thomsen (1994b) deed follow-up-onderzoek bij volwassenen die als kind waren behandeld voor OCS. Door middel van statusonderzoek werden de gevallen die voldeden aan de DSM criteria voor OCS opgespoord. De patiënten hadden allen één of andere vorm van psychotherapie gekregen. Een deel (15 patiënten) was ook medicamenteus behandeld. Van 47 van de 61 patiënten kon-

den interviewgegevens verkregen worden. Ruim de helft van deze patiënten had geen dwangsymptomen (27.7%) of symptomen op subklinisch niveau (25.5%), 23.3% had soms dwangverschijnselen (bij stress) en 25.5% bleek chronisch OCS te hebben, waardoor zij ernstig gehandicapt functioneerden. Het resultaat van de behandeling op korte termijn bleek geen predictor voor het resultaat op langere termijn. Van de 25 bij follow-up redelijk goed functionerende volwassenen hadden er zes oorspronkelijk niet geprofiteerd van de behandeling, terwijl vijf van de twaalf chronische gevallen ooit goed op de behandeling hadden gereageerd. Bovendien hadden drie van de zeven patiënten, die klachtenvrij uit de behandeling waren ontslagen, bij follow-up hun oude kwaal teruggekregen.

De eerste prospectieve studie werd gedaan door Flament e.a. (1990) bij het National Institute of Mental Health (NIMH) in de VS, waar kinderen en adolescenten vanaf 1975 behandeld werden in een onderzoek naar de effectiviteit van clomipramine. Van 25 van de 27 kinderen tussen zes en achttien jaar konden follow-up gegevens worden verkregen. Deze kinderen waren in een periode van vijf jaar voor behandeling aangemeld. Bij follow-up, twee tot zeven jaar na aanmelding, functioneerde ruim de helft van de patiënten zonder dwang-symptomen (8) of met lichte symptomen (4). De overigen (13) hadden matige (9) tot ernstige (4) klachten. Gemiddeld was het resultaat van de behandeling op korte termijn bij follow-up behouden gebleven. De individuele scores na de behandeling en bij follow-up correleerden echter niet. Het resultaat van de behandeling op korte termijn voorspelde het follow-up resultaat dus niet.

In een latere follow-up studie van het NIMH (Leonard e.a., 1993) waren 54 kinderen betrokken. Zij waren allen behandeld met clomipramine, in sommige gevallen gevolgd door andere behandelingen als individuele psychotherapie, gezinsterapie en gedragstherapie. Bij follow-up twee tot zeven jaar na de behandeling voldeed 43% (23) nog steeds aan de criteria voor OCS. Van de overige 57% hadden zes (11%) ernstige dwangsymptomen, tien subklinisch OCS en vijftien patiënten enkele OCS-kenmerken. Van alle patiënten gebruikte 70% nog steeds medicatie.

Thomsen en Mikkelsen (1995) volgden 23 patiënten ieder half jaar gedurende 1.5 tot 5 jaar na aanmelding bij twee regionale psychiatrische klinieken in Denemarken. Hier werden zij ambulante of klinisch behandeld met gedragstherapie en serotonine heropnameremmers. Elf kinderen hadden bij follow-up een chronische of episodische OCS. Vier waren klachtenvrij en acht hadden nog

steeds dwang-symptomen, maar werden hierdoor niet in hun functioneren gehinderd.

Er is één follow-up studie op lange termijn gedaan. Bolton e.a. (1995) verfolgden vijftien patiënten die als adolescent klinisch of ambulant behandeld waren met gedragstherapie en clomipramine (voor vijf van de patiënten). Uit de resultaten op korte termijn bleek dat dertien (86%) van de vijftien patiënten aanzienlijk verbeterd waren (zeven symptoomvrij, en zes klachten op een laag niveau) en dat deze resultaten behouden bleven bij een follow-up negen maanden tot vier jaar later (Bolton e.a., 1983; Bolton & Turner, 1984). Voor het lange termijn follow-up onderzoek kon van veertien van de vijftien patiënten informatie verkregen worden door middel van een interview bij hen zelf (6) of bij hun ouders (6) of uit verslagen uit een psychiatrisch ziekenhuis (2). De follow-up periode was gemiddeld 10.7 jaar (9-14 jaar). Van deze patiënten functioneerde 57% goed, 43% had evenwel chronisch dwangklachten. Ook hier bleek het resultaat op korte termijn het functioneren op lange termijn niet goed te voorspellen. Van de dertien responders bij de korte termijn follow-up, hadden er vijf opnieuw klachten gekregen en moesten als patiënten met chronisch OCS geclassificeerd worden, zeven waren zonder klachten (hoewel twee van hen nog wel in behandeling geweest waren) en van één kon geen informatie worden verkregen. Van de twee patiënten bij wie de behandeling oorspronkelijk mislukt was, bleek er één tien jaar later goed te functioneren. Met de ander ging het nog steeds slecht. Bij zes van de patiënten kon een affectieve stoornis, worden vastgesteld, chronisch of in episoden. Drie patiënten leefden zeer geïsoleerd, maar voldeden niet aan de criteria voor één of andere persoonlijkheidsstoornis.

Uit de prospectieve follow-up-studies blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten die als kind of adolescent OCS hadden, bij follow-up een lichte vorm van OCS of geen klachten meer heeft. Slechts een klein percentage is geheel klachtenvrij, gebruikt geen medicatie en heeft ook geen andere behandelcontacten. De helft heeft in min of meerdere mate ernstige chronische klachten en wordt duidelijk gehinderd in het dagelijks functioneren. Uit de prospectieve follow-up studies blijkt dat het behandelresultaat op korte termijn het lange termijn resultaat niet voorspelt.

In de latere studies wordt altijd gebruik gemaakt van gestructureerde interviews voor het stellen van de diagnose. Een probleem is echter de definitie van de ernst van de dwangproblematiek. Het is niet altijd duidelijk wat met 'licht' of

'matig' niveau bedoeld wordt. Sommige auteurs leggen strengere criteria aan dan anderen. Het is evenmin duidelijk of alle patiënten een adequate therapie hebben gehad. Met name gedragstherapie blijkt niet altijd makkelijk voorhanden. Leonard e.a. (1993) vermelden bijvoorbeeld dat, hoewel zij in bijna drie kwart van de gevallen (39 patiënten) na de medicamenteuze behandeling gedragstherapie adviseerden, slechts achttien kinderen deze ook werkelijk kregen. Uit deze prospectieve follow-up studies kan niet geconcludeerd worden dat de nieuwe behandelstrategieën met serotonerge antidepressiva en gedragstherapie de prognose van kinderen en adolescenten met een OCS positief beïnvloeden. De latere follow-up-studies zijn niet goed vergelijkbaar met de vroegere omdat in de vroegere geen gebruik werd gemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten, en deze studies waarschijnlijk een selectieve groep ernstige patiënten betreffen.

2 FENOMENOLOGIE BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN

2.1 Inleiding

De diagnose obsessieve-compulsieve stoornis doet een vrij eenduidig klinisch beeld vermoeden. Het gaat om dwanggedachten en/of dwanghandelingen zoals wassen of controleren. In de praktijk blijkt het klinisch beeld niet altijd even makkelijk te herkennen, vooral niet bij kinderen. Sommigen kinderen klagen slechts over hun angsten zonder de obsessies en de dwanghandelingen te noemen, bij anderen zijn het vooral de ouders die klagen over het lastige en onhandelbare gedrag of is het onduidelijk of er nu sprake is van tics dan wel van dwanghandelingen. In dit hoofdstuk zullen de verschillende aspecten van de dwangstoornis besproken worden.

De meest voorkomende vormen van dwanghandelingen zijn schoonmaken en controleren. Daarnaast komt voor ritueel gedrag zoals dwangmatig tellen, of handelingen op een speciale manier uitvoeren, en geruststelling vragen. Tenslotte is er nog de dwangmatige traagheid. Hierbij worden alle handelingen uiterst traag verricht. Het zijn met name Rachman en Hodgson (Rachman & Hodgson, 1980) geweest die de diverse aspecten van dwanghandelingen hebben bestudeerd. Dwanghandelingen kunnen worden opgevat als vermijding. Door middel van dwanghandelingen wordt angst, veroorzaakt door dwanggedachten als 'ik ben besmet', of 'het gas is niet goed afgesloten en daarom zal er een ontploffing komen', verminderd of zelfs weggenomen. Bovendien speelt het voorkomen van schuld soms een rol. Rachman en Hodgson (1980) veronderstellen dat op het continuüm van ernst van dwanghandelingen schoonmaak- of wasdwang de minst ernstige is, gevolgd door de controledwang, met de dwangmatige traagheid aan het andere einde van het continuüm. Er zijn echter geen onderzoeksgegevens die deze veronderstelling ondersteunen.

2.2 Dwangfenomenen

In het onderstaande worden de verschillende vormen, waarin de dwangstoornis kan voorkomen bij kinderen en adolescenten besproken.

De meeste kinderen hebben dwanghandelingen én dwanggedachten. Dwanghandelingen zonder dwanggedachten komen niet en dwanggedachten

zonder dwanghandelingen komen minder vaak voor (Behar e.a. 1984, Khanna & Srinath, 1988).

2.2.1 Gegevens uit onderzoek

In een aantal onderzoeken is de dwangverschijnselen van kinderen onder de achttien jaar in kaart gebracht. Uit deze onderzoeken blijkt dat de meest voorkomende dwanghandelingen zijn: handen wassen en douchen, het herhalen van bepaald gedrag, zoals de kamer in en uit gaan en controlehandelingen, zoals het gas of de sloten controleren. In tabel 1 wordt een overzicht van deze studies gegeven. Zowel Swedo e.a. (1989) als Thomsen (1994a) vond in een groot aantal gevallen dwanggedachten over vuil, ziektekiemen of vergif. Daarnaast worden genoemd: obsessies over rampen die het kind zelf of anderen kunnen overkomen, over symmetrie, over religieuze zaken, het verleden, de dood en over agressiviteit. In de loop van de tijd kan de aard van de dwangrituelen of de inhoud van de obsessies veranderen. Flament e.a. (1990) zagen bij een follow-up studie twee tot zeven jaar na het begin van de behandeling een verandering van angst voor besmetting met rituelen als wassen, schoonmaken en vermijden van aanraken naar controleren en herhalen.

Tabel 1

De meest voorkomende dwangrituelen bij OCS. Onderzoek bij kinderen en adolescenten

	Swedo e.a. (1989) N=70		Riddle e.a. (1990a)* N= 21		Last & Strauss (1989) N=20		Toro e.a. (1992) N=72		Thomsen (1994b) N=20		Hanna (1995) N=31	
Dwangrituelen	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wassen	60	85%	14	67%	8	40%	40	56%	12	60%	26	84%
Controleren	32	46%	12	57%	4	20%	37	51%	5	25%	20	64%
Herhalen	36	51%	16	76%	1	5%	53	74%	12	60%	20	64%
Tellen**	13	18%	5	24%	4	20%			6	30%	13	42%
Rechtleggen	12	17%	13	62%	6	30%	30	42%	3	15%	19	61%
Hamsteren***	8	11%	2	10%	1	5%	2	3%			13	42%

* Riddle e.a. berekenen life time symptomen ** Deze categorie komt bij Toro e.a. niet voor

*** Deze categorie komt bij Thomsen niet voor

2.2.2 Schoonmaakrituelen

Schoonmaak- en wasrituelen komen meestal voort uit angst voor vuil of voor besmetting. Sommige kinderen zijn bang ziek te worden (bijv. voor Aids). Vaak bestaat er echter een angst voor vuil zonder meer. Het schoonmaken wordt op diverse manieren uitgevoerd. Vaak is er ritueel gedrag. Handelingen moeten een bepaald aantal keren herhaald worden, en er dient een vaste volgorde te worden aangehouden. Het schoonmaken is vrijwel altijd niet alleen frequenter maar ook uitgebreider dan normaal. Bij handenwasrituelen worden meestal ook de polsen en onderarmen mee gewassen. Vaak wordt ook de kraan en soms ook nog de wastafel of de gootsteen mee gewassen.

Schoonmaken uit angst dat het niet schoon genoeg is

C. (een achtjarig meisje) wast langdurig en vaak haar handen. Onder de douche kan ze niet besluiten of ze zich voldoende heeft ingezeept. Ze is minstens een kwartier bezig totdat ieder plekje schuimig wit is, en dan nog moet haar moeder vaak komen om te vertellen dat het zo goed is. Soms gaat ze maar niet eens onder de douche om de onzekerheid uit de weg te gaan (vermijding). Dezelfde moeite heeft ze 's morgens met het wassen van haar gezicht. Ieder plekje wordt zorgvuldig een aantal malen schoon geboend, zodat ze vaak veel te laat, en met een rood en geïrriteerd gezicht, aan de ontbijt tafel verschijnt.

Schoonmaken uit angst anderen vies te maken

De meeste mensen met smetvrees zijn bang zelf vies te worden. Bij G. (een veertienjarige jongen) ligt dit anders. Zijn angst is dat hij andere mensen vies zal maken. Wanneer hij naar de w.c. is geweest, met zijn handen aan zijn gezicht heeft gezeten, of zich enige uren niet heeft gewassen, is hij vies. Ook alles wat hij met zijn mond heeft aangeraakt is vies, zoals zijn bestek en zelfs zijn bord. Om zelf vies te zijn is niet zo erg. Andere mensen vies maken, ook indirect, is iets wat tot iedere prijs voorkomen moet worden. G. raakt de laatste tijd niemand meer aan, hij geeft zijn moeder geen kus, en weigert handen te geven. Hij heeft thuis een speciale stoel waar niemand anders op mag zitten. Deze stoel maakt hij desondanks nog vaak schoon als hij erop heeft gezeten. Voor alle zekerheid. Zijn bord en bestek wast G. zelf af. Aan tafel heeft hij een speciaal zeiltje. Spelletjes kan hij niet meer doen, omdat niemand de dobbelstenen, kaarten of pionnen, die hij in

zijn handen heeft gehad, mag aanraken. Zijn kleren, ook zijn jas, moeten na een dag dragen, en soms zelfs nog sneller, gewassen worden. Hij maakt zijn fiets dagelijks schoon evenals zijn schooltas. 's Morgens staat hij een uur of langer onder de douche en ook als hij naar de w.c. is geweest volgen er langdurige wasrituelen. Hij wast ongeveer vijftig maal per dag zijn handen, op school na ieder uur. Vaak voelt G. zich ondanks al het schoonmaken toch nog vies. Dan brengt hij vies en wel uren in zijn bed door, omdat hij op die manier niemand kan bevuilden.

Bij G. is het onderscheid egodystoon – egosyntoon moeilijk te maken. Hij voelt zich vies en kan maar met moeite toegeven dat hij dit eigenlijk niet zo is. Hij lijkt meer geïnteresseerd in een afdoende manier om schoon te worden dan in het afleren van zijn schoonmaakrituelen. Zijn strijd thuis is erop gericht zijn moeder zo ver te krijgen dat zij zijn kleren nog een keer wast.

Schoonmaken om besmetting te voorkomen

De angst besmet te raken is net als bij volwassenen bij kinderen en adolescenten een veel voorkomende angst. De inhoud van deze angst is vaak conjunctuurgevoelig. Enige jaren geleden kwam de angst voor asbest nog veel voor. Tegenwoordig is het meestal angst voor Aids of angst voor gif. Ook zijn kinderen vaak bang 'besmet' te raken door mensen die ze vies vinden of afstotelijk. De schoonmaakrituelen om besmetting te voorkomen gaan vaak gepaard met veel vermijding.

Schoonmaken omdat het schoon moet zijn, huishoudwang

Een bijzondere vorm van schoonmaakrituelen is de huishoudwang (vergelijk Hoogduin e.a., 1981). Deze komt bij kinderen en adolescenten weinig, maar bij volwassenen (vooral vrouwen) vrij veel voor. Patiënten met een huishoudwang zijn bang dat de rotzooi en de vuiligheid in huis hun boven het hoofd zullen groeien. Daarom zijn zij vrijwel de hele dag bezig met schoonmaken en opruimen. Er zijn meestal geen andere rituelen zoals herhalen, controleren of tellen. Het schoonmaken is echter langdurig en overdreven. Vaak wordt er schoongemaakt, terwijl daar geen enkele reden meer voor is. Hier kan meestal een as II stoornis worden vastgesteld. Het schoonmaken wordt beleefd als nuttig en nodig.

De problemen ontstaan omdat andere gezinsleden zich verzetten tegen de consequenties die de strenge eisen voor netheid en hygiëne met zich meebrengen.

P. is een meisje van zestien jaar. Zij is de oudste in een gezin met twee meisjes. Haar dwangrituelen bestaan uit het voortdurend schoonmaken in huis. Zij heeft voor zichzelf een programma van schoonmaakwerkzaamheden gemaakt, dat ze scrupuleus afwerkt. Wanneer ze ziet dat één van de gezinsleden iets vies maakt, staat ze onmiddellijk paraat om het weer te reinigen. Zo is bijvoorbeeld het branden van de open haard voor zowel P. als de overige gezinsleden een ramp. P. moet ieder stukje hout en ieder stofje as zo snel mogelijk opvegen, wat de rest van de familie mateloos irriteert. P. maakt het huis zo goed schoon omdat ze bang is voor ernstige vervuiling. De klachten zijn begonnen nadat zij een tijdje het huishouden had overgenomen toen haar moeder ernstig ziek was.

2.2.3 Controleren

Dwangmatige controle-handelingen zijn herhaalde, relatief stereotype handelingen, uitgevoerd om te voorkomen dat er een ramp gebeurt. Vele voorwerpen, meestal in huis, kunnen het onderwerp van een controledwang zijn. Het doel van de controles is het verzekeren van de veiligheid van zichzelf, van anderen en van voorwerpen of bezittingen. Dit alles om te voorkomen dat hiermee iets vreselijks gebeurt. Het vermijden van schuld speelt hierbij soms een rol. Veel patiënten kunnen de controles achterwege laten als ze weten dat een ander ook nog zal kijken. Het gasfornuis, lampen, elektrische apparaten en ramen en deuren worden het meest gecontroleerd. Vaak gaan deze controles weer gepaard met andere rituelen zoals tellen of geruststelling vragen. Ook moeten de controles soms op een speciale manier worden uitgevoerd. Vaak vinden de controles 's avonds voor het naar bed gaan plaats of bij het als laatste verlaten van het huis.

Controles om rampen te vermijden

Een tienjarige jongen controleerde iedere avond in huis of alle ramen en deuren goed dicht waren. Hij had hiervoor zijn speciale route, waarvan niet mocht worden afgeweken. Hij controleerde de ramen en deuren door er hard aan te trekken of tegenaan te schoppen (volgens zijn ouders) of te duwen (volgens hem zelf). Dit laatste veroorzaakte veel spanningen in het gezin: het iedere avond terugkerend lawaai van de controles en de kapotte ramen en deuren die hiervan het gevolg waren

Bij kinderen wordt lang niet altijd precies duidelijk waarom de controlerituelen moeten worden uitgevoerd. De inhoud van de obsessie die leidt tot controleren is vaak vaag. Waarschijnlijk is er dan sprake van sterk geritualiseerd gedrag, waarbij de oorspronkelijke obsessie (door mijn schuld kunnen er inbrekers komen, bijvoorbeeld) naar de achtergrond is gegaan. De bovenbeschreven jongen voerde de dwangrituelen uit 'omdat het moest'. Er was geen sprake van een angst voor inbrekers of iets dergelijks.

2.2.4 Geruststelling vragen

Het vragen om geruststelling kan gezien worden als een controleritueel. Pas wanneer een ander, meestal één van de ouders, vaak nog op voorgeschreven rituele wijze, gezegd heeft dat het goed is, is het dwangritueel afgerond.

Een vijftienjarig meisje dat bang was besmet te raken met vergif, kon niets doen zonder de expliciete verklaring van haar ouders dat er geen vergif aanwezig was. Zo moesten haar ouders luid en duidelijk zeggen dat er geen vergif op haar stoel lag voordat zij kon gaan zitten. Ook weigerde zij zich aan te kleden zonder geruststelling van haar ouders. Wanneer haar ouders er niet waren, bleef zij in bed, niet in staat op eigen kracht zich ervan te vergewissen dat er geen gevaar was.

Een zestienjarige jongen moest, zodra hij op een of andere manier kennis nam van ziektes of dood en verderf, de angst dat hemzelf of zijn familieleden iets dergelijks zou overkomen neutraliseren met het uitspreken van zinnetjes als 'Iedereen gezond en gelukkig he'. Zijn moeder moest hier vervolgens bevestigend op antwoorden. Ook moest zij vaak zelf dergelijke zinnen uitspreken, voordat hij echt gerustgesteld was

2.2.5 Ritueel gedrag

De boven beschreven dwanghandelingen zijn niet specifiek voor kinderen en adolescenten. Ook volwassenen met een dwangstoornis hebben dergelijke dwanghandelingen. Ritueel gedrag komt bij kinderen opvallend vaak voor. Bepaalde handelingen moeten op voorgeschreven wijze worden uitgevoerd. Vaak moeten de handelingen worden herhaald, is er een voorgeschreven volgorde en wordt er bij geteld. De rituelen worden meestal uitgevoerd als een bezwering, om er bijvoorbeeld voor te zorgen dat de dag goed zal verlopen. Soms zijn de redenen nog minder specifiek. Dan worden de rituelen uitgevoerd 'omdat het

anders niet goed is'. Hieronder volgt een aantal voorbeelden van dergelijk ritueel gedrag.

Aanraken

Een veertienjarige jongen moest veel voorwerpen die hij zag aanraken. Hiermee meende hij te voorkomen dat zijn familieleden een ongeluk zou overkomen.

Rechtleggen

Een twaalfjarig meisje was iedere avond als het donker werd, tijden in de weer met het rechthangen van de jassen van alle gezinsleden. De jassen dienden bovendien op vastgestelde manier over elkaar heen te hangen. Wanneer iemand iets aan de jassen veranderde, raakte ze in paniek en moest het hele ritueel opnieuw worden afgewerkt. Met het rechthangen van de jassen voorkwam ze naar haar idee dat er vreemde mensen het huis binnen zouden sluipen. Ze wist dat deze gedachten vreemd waren en schaamde zich ervoor. Daarom vertelde ze aanvankelijk niemand de ware reden voor het rechthangen.

Tellen

Een twaalfjarig meisje telde bij alles wat ze deed. Het getal drie of een veelvoud daarvan moest ze vermijden. Alles diende in twee, vier acht keer of veelvouden daarvan gedaan te worden. Soms raakte ze de tel kwijt, dan moest alles weer opnieuw. Ze was bang dat zichzelf of haar familieleden dood zouden gaan. Ze was zo bang dat ze alles wat verwijst naar de dood, vermeed. Zelfs het woord dood wilde ze niet horen. Met het tellen bezwoer ze deze angst. Zolang ze goed telde, zou de dood uit haar leven blijven, dacht ze.

Vreemd gedrag

Een vijftienjarige jongen had 'loslaatproblemen', zoals hij dat noemde. Hij kon moeilijk voorwerpen loslaten, zoals zijn tas, de deurknop, een handdoek, de trekker van de w.c., of van voorwerpen weggaan, zoals opstaan uit een stoel, uit bed gaan, over een drempel gaan. Ook aan- en uitkleden leverden problemen op, evenals onder de douche gaan staan, en er weer onder vandaan komen. Kortom, alles wat een verandering inhield, ging gepaard met dwangrituelen. De rituelen bestonden uit het herhalen van handelingen, of het lang aarzelen voordat hij een handeling uitvoerde. Hij herhaalde of aarzelde net zolang tot hij het gevoel had: 'zo is het goed'. Het gevoel dat het 'niet goed' zou zijn was voor hem ondraaglijk. Het gevolg was dat hij nooit meer op tijd op school kwam (en vaak ook maar niet

meer ging), altijd te laat naar bed ging, en vaak staande at om zo het opstaanprobleem te omzeilen. Zijn ouders moesten hem op het laatst helpen met allerlei handelingen omdat hij het punt 'Zo is het goed' niet meer kon bereiken. Zijn vader dwarde hem in en uit de douche, en trok hem 's morgens uit bed. Ook bij het naar bed gaan werden de ouders ingeschakeld; al beneden in de woonkamer moesten zij hem een aantal keren aansporen om uit zijn stoel op te staan, vervolgens moesten zij hem een zetje geven op een door hem vastgestelde plaats. Daarna gaf hij zijn horloge aan zijn moeder en liep naar het midden van de kamer. Vandaar uit moest hij een aanloopje nemen om de trap op te kunnen gaan. Soms mislukte dit – als hij het idee had dat het niet goed was – en dan moest hij terug naar het midden van de kamer voor een nieuwe aanloop. Ook zijn kamer kon hij alleen met een aanloopje inkomen, net als zijn bed. Zijn vader of moeder waren bij vrijwel al deze handelingen aanwezig.

2.2.6 Ernstige, egosyntone dwangrituelen

Er zijn patiënten met dwangrituelen en dwanggedachten, die voornamelijk als egosyntoon worden beleefd. De dwangrituelen zijn soms bizar maar moeten tot iedere prijs worden uitgevoerd. De patiënten lijken zich er niet voor te schamen en hebben ook geen duidelijk uitgesproken wens ervan verlost te worden.

Als baby, kleuter en lagere schoolkind was J. (veertien jaar) een vrolijk jongetje. Hij had vriendjes, speelde veel en kon zich ook alleen uitstekend vermaken. Op school viel hij op door zijn goede intelligentie. Na zijn elfde jaar veranderde hij. Hij werd stiller en trok zich terug. De vriendjes verdwenen. Zijn dwanghandelingen begonnen met het driemaal moeten aanraken van de parketvloer, omdat 'het' anders niet goed was. Daarna ontstonden er herhalingsrituelen. Allerlei handelingen moesten worden herhaald, weer omdat het anders niet goed was. Als hij de herhalingen niet kon uitvoeren werd hij angstig, panisch soms. Vaak vroeg hij zijn moeder bij allerlei handelingen aanwezig te zijn, en hem aan te moedigen om door te gaan. Soms stond hij lange tijd stil voordat hij iets kon gaan doen. Zijn moeder moest hem dan steeds aansporen om verder te gaan.

J.'s belangrijkste klacht vormden zijn gedachten. Allerlei handelingen en bezigheden kon hij niet uitvoeren voor hij zijn gedachten had uitgedacht. Soms moest hij handelingen onderbreken en dan weer herhalen als hij ondertussen door een gedachte werd overvallen. De grootste problemen hiervan ondervond hij bij het naar bed gaan. Wanneer het tijd was, moest hij eerst een tijdlang in de kamer staan, voordat hij op gang kon komen. De trap werd meestal moeiteloos genomen,

maar de drempel van zijn eigen kamer leverde weer problemen op. Hij moest vaak heen en weer lopen voordat 'het' goed was en hij binnen in zijn kamer kon blijven. Daarna begon het grootste probleem: het uitkleden. Vaak duurde het wel een uur voordat hij zover was. Hij stond tijdenlang stil in zijn kamer om zijn gedachten uit te denken. Pas als dit hele ritueel afgehandeld was, kon hij aan het uitkleden beginnen, wat dan snel gebeurde. In bed gaan was het volgende probleem. Zijn moeder hielp hem hier vaak bij, door hem aan te moedigen. Op deze aanmoedigingen reageerde hij kwaad. Toch vroeg hij er ook om. Alleen naar de w.c. kon hij niet, omdat hij de bril niet omhoog kon doen. Zijn moeder deed dit voor hem. Bovendien moest ze hem na afloop zeggen dat het zo goed was. Het eten leverde ook veel problemen op. Aan tafel komen zitten, nam veel tijd in beslag. Ook tijdens het eten werd hij voortdurend gehinderd door gedachten, die eerst uitgedacht dienden te worden voordat de volgende hap naar binnen mocht. Het kostte grote moeite om hem voldoende te laten eten. Zijn gewicht was een constante bron van zorg. Op school leverden zijn klachten ook problemen op, maar in mindere mate. Wanneer hij tijdens het schrijven werd overvallen door een gedachte, moest het woord waarmee hij bezig was doorgestreept en opnieuw geschreven worden. Vaak zag zijn schriftwerk zwart van de doorgestreepte woorden. Het werk dat hij inleverde was vaak onleesbaar, en vrijwel nooit af. Wanneer hij zijn proefwerken mondeling mocht maken, haalde hij goede cijfers. De gedachten die J. zo vreselijk kwelden zijn weinig spectaculair van inhoud, althans voor zo ver hij ze vertelde. Hij moest nadenken over datgene wat er die dag of die paar uur daarvoor gebeurd was, of wat hij had gedaan. Hij hoefde het niet te controleren, hij hoefde niet na te gaan of hij wellicht iets fout had gedaan. Hij was niet bang dat er iets mis zou gaan als hij ze niet zou uitdenken. De gedachten overvielen hem, tegen zijn zin. Het enige doel van zijn gedenk was er weer af te komen en op die manier rust te bereiken. Hij kon de gedachten vrijwel nooit van zich af zetten, zodra hij er door ze overvallen was. Hij moest ze uitdenken en kon pas dan zijn bezigheden voortzetten. Wanneer hem gevraagd werd een dergelijke gedachte eens op papier te zetten, verscheen er een stukje van ongeveer vier korte zinnen: 'Vanochtend hadden we geschiedenis en daarna Engels, en toen nog een uur Nederlands en toen ben ik met de trein naar huis gegaan. Vanmiddag ben ik naar A. gegaan'. J. is sociaal geïsoleerd. Hij heeft geen vriendjes en zegt hieraan ook geen behoefte te hebben. Met zijn ouders voert hij lange intellectuele gesprekken over wat hij leest in de krant.

Een tweede voorbeeld is S., een jongen van zestien jaar. Tot zijn vijftiende ontwikkelde hij zich normaal. Hij was een vrolijke, intelligente jongen. Hij had vriendjes, was een verwoed tennisser en hoorde bij de besten in de klas. Toen hij vijftien jaar was werd hij geopereerd aan zijn scrotum. Sindsdien namen de dwangrituelen waarvan hij sinds enkele maanden last had in hevigheid toe. Uit angst dat 'het morgen niet goed zal gaan' voerde hij een serie dwangrituelen uit voor hij andere handelingen kon uitvoeren. Zijn moeder was een onmisbaar onderdeel van de dwangrituelen. Zij diende een aantal vaste zinnen uit te spreken net zolang tot hij het gevoel had 'het is goed'. In de maanden na de operatie nam het aantal activiteiten dat met dwangrituelen moest worden afgehandeld toe. Ook werden de dwangrituelen steeds uitvoeriger. Zijn moeder moest steeds langer zinnen uitspreken voordat het gevoel dat 'het' nu goed was optrad. Tenslotte ging hij niet meer naar school, bleef hij in zijn bed liggen en at hij niet meer. De dwangrituelen werden volledig als egosyntoon beleefd. Er was geen enkele wens om er van verlost te raken. Zijn enige wens gold de bereidheid van zijn moeder zoveel zinnen uit te spreken als hij nodig achtte. Hoewel het duidelijk was dat hij wist dat zijn rituelen onzinnig waren en hij er niets mee bereikte behalve ellende, gaf hij dit maar met moeite toe. Na het uitvoeren van de rituelen voelde hij zich beter en dat streefde hij met alle mogelijkheden na. Hoewel vriendschappen hem de laatste tijd niet veel meer interesseerden, was S. populair. Er kwamen nog steeds vriendjes op bezoek.

In beide beschreven gevallen is er ernstige dwangproblematiek, waarbij gezinsleden, met name de moeders, een belangrijke rol spelen. Volgens de rapportage van de jongens worden de dwangrituelen volledig als egosyntoon beleefd. Het is echter onduidelijk in hoeverre dit ook werkelijk zo is. Mogelijk gaven zij slechts schaarse informatie over de dwanggedachten die hen kwelden, uit schaamte of angst bijvoorbeeld. Hoewel persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen niet gediagnostiseerd worden op jonge leeftijd, voldeden beide jongens aan een aantal kenmerken van de schizoïde persoonlijkheidsstoornis: zij hadden weinig tot sociale geen contacten en hadden hieraan ook geen behoefte; zij leken niet gebukt te gaan onder de wetenschap dat zij hun familieleden veel leed berokken-den, zij leken ongevoelig voor het oordeel van anderen over hen en het leven gaf hun weinig plezier.

2.2.7 Dwanggedachten

Wanneer kinderen als hun belangrijkste klacht dwanghandelingen noemen, kunnen zij desgevraagd (meestal) verklaren waarom zij deze handelingen uitvoeren. Zij hebben dwanggedachten die angst veroorzaken. Met de dwangrituelen kunnen zij deze angsten doen verminderen of verdwijnen. De angsten en dwanggedachten vormen echter niet het hoofdbestanddeel van hun klacht. Wanneer zij de dwanghandelingen voldoende vaak uitvoeren, kunnen zij zelfs veel van deze angsten en dwanggedachten voorkomen. Bij andere kinderen ligt het probleem juist bij de dwanggedachten. Door het uitvoeren van rituelen neutraliseren zij de angst weliswaar, maar hun voornaamste klacht betreft toch de dwanggedachten. De hieronder beschreven casus is hiervan een voorbeeld.

L. is een meisje van veertien jaar. Zij had last van akelige gedachten. De gedachten hadden vrijwel allemaal te maken met haar jongste zusje (twaalf jaar). Vooral wanneer ze niets te doen had kwamen de volgende gedachten in haar op: 'Ik wil mijn zusje vermoorden, zou het leuk zijn haar te vermoorden, als ze dood is krijg ik al haar spullen'. Om deze gedachten te neutraliseren voerde ze rituelen uit. Ze raakte voorwerpen een aantal keren aan, waste haar handen op een manier die veel tijd in beslag nam, streepte dingen in haar schrift vier keer door in plaats van één keer, en gebruikte altijd een vastgestelde, grote hoeveelheid w.c.-papier. Wanneer mensen iets zeiden wat ze niet helemaal verstond, rustte ze niet voordat ze precies wist wat ze hadden gezegd. Vaak voerde ze de rituelen ook uit zonder dat er een noodzaak was om gedachten te neutraliseren. Het leek alsof ze dan alvast van te voren neutraliseerde. Zij schaamde zich diep voor haar gedachten en heeft de rituelen die deze gedachten onschadelijk moeten maken dan ook altijd zo veel mogelijk verborgen. Ze durfde de gedachten nauwelijks uit te spreken en zat met tranen in haar ogen toen ze ter sprake kwamen. Niet alleen L. zelf maar ook haar moeder vertelt me hoe L. op haar jongere zusje was gesteld. Beiden zagen de gedachten als vreemd en niet bij haar horend.

Dwanggedachten worden gebruikelijk omschreven als steeds terugkerende ideeën, gedachten, impulsen of beelden die worden ervaren als zinloos of verwerpelijk. De gedachten worden als 'ik-vreemd' (egodystoon) en onvrijwillig ervaren. Er worden pogingen ondernomen ze te negeren of te onderdrukken. Het is gebruikelijk ook de gedachten van patiënten met dwanghandelingen te definiëren als dwanggedachten. Een patiënt met een controledwang is bang dat hij de gaskraan niet goed heeft dichtgedraaid, waardoor er een ramp kan ontstaan. De

gedachte 'Ik heb het gas niet goed dichtgedraaid en daardoor ontstaat er een ramp' wordt gedefinieerd als een dwanggedachte. In lang niet alle gevallen echter zijn zulke gedachten te omschrijven als echte dwanggedachten. Het kan zijn dat de betreffende patiënt eenmaal in bed wordt overvallen door dergelijke gedachten, ze enige tijd probeert te onderdrukken en dan toch maar het bed uitgaat voor een extra controle. In dat geval kunnen we inderdaad spreken van dwanggedachten. Bij veel patiënten werkt het echter anders. Zij zijn bang dat het gas niet goed is afgesloten, waardoor er een ramp kan worden veroorzaakt en controleren daarom een groot aantal malen. Er is geen sprake van steeds terugkerende ideeën, gedachten of beelden. Bij het naar bed gaan weten zij dat ze pas rustig zullen kunnen slapen als het controle-ritueel is uitgevoerd. Wellicht voorkomen zij met de dwangrituelen de dwanggedachten, zij neutraliseren ze er evenwel niet mee.

Voor al bij kinderen komt het nogal vaak voor dat de (dwang)gedachten die leiden tot dwanghandelingen weinig omschreven zijn of ontkend worden. Zij zijn de hele dag bezig met dwangrituelen zonder dat er duidelijke dwanggedachten of angstige cognities zijn. Gevraagd naar het waarom van hun rituelen antwoorden zij meestal iets als 'omdat het anders niet goed is'. Soms worden er in het geheel geen dwanggedachten gerapporteerd.

Een veertienjarige jongen had last van een hele serie rituelen die hij veelvuldig moest uitvoeren. Zo moest hij voortdurend, zonder noodzaak, zijn sokken optrekken, voorwerpen aanraken en zijn tong op een speciale manier in zijn mond bewegen. Desgevraagd kon hij niet vertellen waarom hij deze rituelen moest uitvoeren. Hij zei niet bang te zijn en er ook niets mee te willen voorkomen. Hij voelde dat hij het moest doen en hij deed het. Na het uitvoeren van de dwanghandelingen voelde hij zich beter.

Swedo e.a. (1989) kregen bij hun onderzoek naar de fenomenologie van de dwangverschijnselen van een aantal kinderen soms pas vele maanden later een antwoord op hun vraag naar het waarom van de dwanghandelingen. Zij veronderstellen dat die kinderen voor zichzelf een verklaring hebben geconstrueerd. In hoeverre het vermogen van kinderen om een verklaring voor hun dwanghandelingen te geven afhankelijk is van een cognitieve ontwikkeling of van taalvaardigheid is onduidelijk. Het is ook mogelijk dat de dwang om rituelen uit te voeren onafhankelijk van dwanggedachten of cognities ontstaat. In dat geval zou de gebruikelijk aangenomen volgorde van dwanggedachten die angst

oproepen welke vervolgens geneutraliseerd wordt door dwanghandelingen een artefact zijn. Het zou een cognitieve strategie zijn om de ongerijmdheid van de dwanghandelingen teniet te doen. Dit zijn echter speculaties die niet verder onderzocht zijn.

Kinderen met dwangklachten hebben niet altijd last van angst, althans zij vertellen dat zij niet bang zijn. Wanneer zij de handelingen niet kunnen uitvoeren zeggen zij vooral boos te worden. Ook de ouders merken in dergelijke gevallen vooral boosheid of irritatie op. Of er werkelijk geen sprake van angst is, is niet duidelijk. Ook kinderen die wel angst rapporteren uiten vaak boosheid en irritatie wanneer zij de dwangrituelen niet kunnen uitvoeren. Ook hier speelt de vraag of de betreffende kinderen voldoende cognitief ontwikkeld zijn en voldoende taalvaardigheid hebben om emoties te kunnen benoemen. Een voorbeeld van boosheid in plaats van angst geeft de volgende casus.

Een tienjarige jongen had last van rechtzetrituelen en een handenwasdwang. Iedere avond voor hij naar bed ging moesten vrijwel alle spullen in zijn kamer aangehaakt worden en rechtgezet: de gordijnen, de spullen op zijn bureau, de stoel, de tafel, zijn kleren. Pas wanneer hij het gevoel had 'Zo is het goed' kon hij in bed gaan liggen. Vaak moest hij er echter na enige tijd weer uit om het hele ritueel te herhalen. Ook waste hij zijn handen vele malen per dag. Desgevraagd kon hij geen andere reden voor zijn rituelen aangeven dan dat het moest. Wanneer hij zijn rituelen niet kon uitvoeren werd hij niet angstig, maar geïrriteerd en bozig.

2.3 Betrokkenheid van gezinsleden

Het is bekend dat gezinsleden van patiënten met psychische problemen zelf ook op een negatieve manier worden beïnvloed door de problemen. Er zijn vaak financiële moeilijkheden, de gebruikelijke gezinsactiviteiten zijn verstoord, er is minder plezier, er is onzekerheid over de toekomst (Cooper, 1996; MacGregor, 1994). Bij dwangproblematiek speelt dan nog een extra probleem. Gezinsleden worden meestal nadrukkelijk bij de dwang betrokken. Zij moeten antwoord geven op vragen om geruststelling, zij moeten de patiënt helpen bij het uitvoeren van de rituelen of met de vermijding. Er zijn geen onderzoeksgegevens bekend over het functioneren van gezinnen, waarvan een gezinslid een dwangstoornis heeft. Klinische ervaring leert dat het betrekken van de gezinsleden bij de dwangrituelen in sommige gevallen in strijd onttaardt. Ouders en vooral broertjes en

zusjes weigeren de gevraagde dwangrituelen uit te voeren, waarna de patiënt met een dwangstoornis alles op alles zet om dit alsnog voor elkaar te krijgen. Opvallend vaak echter voldoen vooral ouders aan de wensen van hun kind met een dwangstoornis. Waarschijnlijk hebben zij allang gemerkt dat een weigering veel strijd, maar ook veel angst en wanhoop oplevert, zonder dat het probleem wordt opgelost.

3 GEDRAGSTHERAPIE

3.1 Inleiding

Exposure en responspreventie en cognitieve therapie zijn de gedragstherapeutische strategieën die gebruikt worden bij de behandeling van dwangstoornissen. In dit hoofdstuk worden deze technieken kort beschreven, evenals de theoretische basis. De onderzoeksgegevens over deze theorieën worden besproken. Naar de effectiviteit van de genoemde gedragstherapeutische strategieën bij volwassen patiënten is een groot aantal gecontroleerde studies gedaan. Er is geen gecontroleerd onderzoek naar het effect van gedragstherapie bij kinderen en adolescenten. Wel is er een aantal ongecontroleerde studies. De resultaten hiervan worden vermeld. Ook wordt een aantal gevalsbeschrijvingen besproken.

3.2 Exposure en responspreventie

Voor de behandeling van angsten is systematische desensitisatie lange tijd de beste methode geweest. De patiënt werd blootgesteld aan de stimuli die de angst oproepen; tegelijkertijd werd ervoor gezorgd werd dat een respons, die niet te verenigen is met angst, zou optreden. Meestal werd hiervoor ontspanning gebruikt, bij kinderen ook vaak eten of snoepen. Door de angstopwekkende stimuli in hiërarchische volgorde aan te bieden – van weinig angstoproepend tot veel angstoproepend – kon ervoor gezorgd worden dat de met de angst onverenigbare respons altijd de overhand had. Later onderzoek wees uit dat niet het vervangen van een angstrespons door een met angst onverenigbare respons het werkzame bestanddeel van de therapie was, maar de blootstelling aan de angstopwekkende stimuli zelf. Sinds die tijd spreekt men van exposure (Emmelkamp, 1982).

Patiënten met een dwangstoornis zijn ook behandeld met systematische desensitisatie. Zij werden blootgesteld aan datgene waar ze bang voor waren. Aan de dwangrituelen zelf werd geen aandacht besteed. De methode bleek niet erg effectief (Walton & Mather, 1963; Cooper e.a., 1965). In 1966 beschreef Meyer (1966) een nieuwe methode voor de voor de behandeling van dwangstoornissen. Hij noemde deze methode 'The modification of expectations'. Meyer definieerde voor het eerst de rituelen van patiënten met een dwangstoornis als vermijdingsgedrag. Met de dwangrituelen wordt angst vermeden. Patiënten moeten daarom niet alleen worden blootgesteld aan datgene waar ze bang voor zijn, zo-

als bij de systematische desensitisatie gebeurde, ze moeten ook ervan weerhouden worden hun dwangrituelen uit te voeren. Meyer beschreef de klinische behandeling van twee vrouwen met ernstige dwangklachten. Beiden werden metterdaad tegengehouden hun dwangrituelen uit te voeren. Kranen werden afgesloten, zeep en dergelijke stonden onder strikte controle en de verpleegkundigen hadden voortdurende supervisie over alles wat de patiënten deden. Tijdens de behandelsessies moesten de patiënten alle handelingen uitvoeren die moeilijkheden opleverden zonder de bijbehorende rituelen te mogen uitvoeren. Beide patiënten verbeterden in korte tijd aanzienlijk. Hier werd, net als bij systematische desensitisatie, gebruik gemaakt van exposure; deze keer werd er echter ook responspreventie toegepast.

De 'modification of expectations' methode voor de behandeling van dwangstoornissen heeft sindsdien een grote vlucht genomen onder de naam 'exposure en responspreventie'. Bij deze behandelstrategie wordt ervan uitgegaan dat dwanghandelingen een angstreducerende werking hebben. Zij reduceren de angst die veroorzaakt wordt door dwanggedachten. Angstreductie kan opgevat worden als negatieve bekrachtiging. Met de afname van de angst worden de dwanghandelingen bekrachtigd en daarmee in stand gehouden. Wanneer responspreventie wordt toegepast, vervalt de bekrachtiging van de dwangrituelen en kan er habituatie optreden.

Praktische uitvoering

Voor een exposure en responspreventie programma wordt er een inventarisatie gemaakt van alle dwangrituelen en van de gebruikte vormen van vermijding. Dit gebeurt op een zo concreet mogelijk niveau. Vastgesteld wordt welke situaties aanleiding geven tot de dwangrituelen of tot vermijding, waarbij zo nodig gespecificeerd wordt naar de tijd van de dag, de aanwezigheid van andere mensen of andere omstandigheden. Ook cognitieve rituelen worden in kaart gebracht. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen gedachten die leiden tot dwangrituelen, zoals de gedachte besmet te zijn of een ramp te hebben veroorzaakt, en gedachten die opgevat kunnen als cognitieve rituelen, zoals het in gedachten nagaan of alle handelingen bij het afsluiten van het huis juist zijn verricht. Hierna wordt van de verschillende dwangrituelen en vormen van vermijding een hiërarchie gemaakt, naar de mate waarin het niet uitvoeren van de dwangrituelen of het niet vermijden angst oproept. De patiënt krijgt vervolgens de opdracht thuis

één of meer van de items uit de hiërarchie te oefenen. Op deze manier wordt stap voor stap de hele hiërarchie afgewerkt. De patiënt wordt van de leertheoretische opvattingen over de dwangstoornis en de exposure en responspreventie op de hoogte gebracht. Benadrukt wordt dat de angst die gebruikelijk gecoupeerd werd met dwangrituelen bij het niet uitvoeren van dwangrituelen, 'vanzelf' verdwijnt.

3.3 Cognitieve therapie

In het cognitieve model zoals dat ontwikkeld is door Salkovskis (1985, 1989), is de betekenis die aan plotseling optredende, 'flitsende' en storende, soms agressieve beelden en gedachten (intrusies) wordt gegeven, de kern van de dwangstoornis. In dit model wordt een onderscheid gemaakt tussen intrusies en dwanggedachten of obsessies. Volgens het model is het optreden van intrusies op zich zelf niet pathologisch. Ook mensen zonder een dwangstoornis zouden intrusies hebben. Er zijn onderzoeksgegevens waaruit blijkt dat dwanggedachten of obsessies de pathologische kant van een continuüm vormen, waarbij aan de normale kant eveneens niet gewilde intrusieve gedachten en beelden voorkomen (Rachman & De Silva, 1978; Freeston e.a., 1991; Purdon & Clark, 1993). De pathologie ontstaat bij de interpretatie van deze intrusies. Als de intrusieve gedachten worden opgevat als gedachten die kwaad kunnen veroorzaken, waarbij ook nog een gevoel van persoonlijke verantwoordelijkheid speelt, kunnen ze zich ontwikkelen tot de obsessies die bij een dwangstoornis horen. Er ontstaat angst, die leidt tot rituelen om deze angst te verminderen. De rituelen verminderen niet alleen de angst, maar zij leiden ook tot het prominenter worden van de storende gedachten en tot bevestiging van de verkeerde interpretatie van deze gedachten (Salkovskis, 1985; Purdon & Clark, 1993). Deze misinterpretaties van normale intrusies worden in het cognitieve model negatieve automatische gedachten genoemd. Negatieve automatische gedachten kunnen ontstaan vanwege al langer bestaande disfunctionele schema's. Hier sluit het model aan bij het cognitieve model voor depressieve en fobische klachten. Schema's worden verondersteld kennisstructuren te zijn die zich ontwikkelen in de loop van iemands leven. Deze schema's geven richting aan de manier waarop iemand zijn omgeving en zichzelf waarneemt. Aan de andere kant worden schema's ook beïnvloed door nieuwe gebeurtenissen in het leven. Wanneer schema's

onwrikbaar zijn geworden en niet meer veranderbaar door nieuwe informatie, wordt gesproken van disfunctionele schema's. Door het bestaan van dit soort schema's worden gebeurtenissen (en ook bijvoorbeeld normale intrusies) verkeerd geïnterpreteerd, waardoor de problemen kunnen ontstaan.

In de behandeling gaat het niet om de intrusies zelf, maar om de interpretaties ervan, de negatieve automatische gedachten. De patiënt leert de negatieve automatische gedachten te identificeren en te veranderen (Salkovskis, 1989). Hierbij wordt hij geholpen door de therapeut door middel van de z.g. Socratische dialoog (Van Oppen & Arntz, 1994). De therapeut helpt de patiënt door middel van vragenstellen zelf op verstandige interpretaties te komen. Deze manier van ondervragen zou vergelijkbaar zijn met de manier waarop Socrates met zijn gesprekspartners omging. In voorbeelden van een behandeling met cognitieve therapie wordt meestal de nadruk gelegd op het veranderen van de negatieve automatische gedachten in meer rationele gedachten. In de oorspronkelijke publicatie van Salkovskis gaat het echter expliciet alleen om andere, minder negatieve interpretaties. Van Oppen en Emmelkamp (1991) beschrijven vijf veelvoorkomende methoden om de negatieve automatische gedachten te veranderen in meer rationele: Een kansberekening maken (hoe groot is de kans dat de gevreesde gebeurtenis zich voordoet); het perspectief veranderen (welke andere factoren dan het nalaten van de dwanghandelingen kunnen de gevreesde ramp veroorzaken); een dubbele standaard tonen ('Zijn andere mensen net zo verantwoordelijk als u zich voelt'); een kosten-batenanalyse maken (de voor- en nadelen van de dwanghandelingen worden tegen elkaar afgewogen); een gedragsexperiment uitvoeren (een dwanghandeling nalaten om te zien of de gevreesde ramp ook werkelijk plaatsvindt).

3.4 Verklaringsmodellen

Er zijn verschillen modellen ontwikkeld om het dwanggedrag te verklaren. De oorspronkelijke leertheoretische verklaring is gebaseerd op de tweefasetheorie van Mowrer (1960). Volgens deze theorie zouden de dwangklachten ooit ontstaan zijn na een traumatische gebeurtenis (klassieke conditionering, de eerste fase). De hierna ontstane dwangrituelen zouden een angstreducerend effect hebben. Dwanggedachten zijn in dit model schadelijke geconditioneerde stimuli waaraan geen habituatie is opgetreden (Rachman, 1976). Door de angstreductie

worden de dwangrituelen bekrachtigd, wat verklaart waarom zij blijven bestaan. Voor het eerste gedeelte van de theorie, de klassieke conditionering, bestaat geen empirische ondersteuning. Het tweede gedeelte van de theorie wordt wel door onderzoeksgegevens ondersteund. Emmelkamp (1982) geeft een overzicht van deze studies: Wanneer dwanghandelingen worden geprovoceerd door bijvoorbeeld aanraking met vuil, ontstaat angst, die verdwijnt na het uitvoeren van de dwanghandeling. Dit kon worden aangetoond bij patiënten met een schoonmaakdwang. Bij patiënten met een controledwang was het resultaat minder overtuigend, waarschijnlijk omdat de controlerituelen niet altijd naar volle tevredenheid konden worden uitgevoerd. De angstreductiehypothese verklaart waarom dwanggedrag blijft bestaan. Er wordt echter geen verklaring geboden voor het *ontstaan* van de dwangklachten.

Ook later ontwikkelde modellen bieden wel een mogelijke verklaring voor de dwangstoornis, maar niet voor de etiologie. Er is vooral onderzoek gedaan naar mogelijke cognitieve disfuncties. Uit onderzoek naar de informatieverwerking van patiënten met een angststoornis bleek interferentie voor bedreigende stimuli ('attentional bias'); Patiënten met een angststoornis reageerden significant trager dan een controlegroep in een gemodificeerde Strooptest bij woorden die met hun angst te maken hebben (Mathews & MacLeod, 1985). (Een Strooptest is een test waarin de kleur waarin een bepaald woord wordt weergegeven, moet worden benoemd, met veronachtzaming van de betekenis van het woord. In de oorspronkelijke Strooptest waren de woorden namen van kleuren. In de gemodificeerde Strooptest die bij het angstonderzoek wordt gebruikt, hebben de woorden een neutrale of een beangstigende betekenis).

Uit vier studies naar de informatieverwerking van patiënten met een dwangstoornis blijkt eveneens 'attentional bias'. (Foa & McNally, 1986; Foa e.a., 1993; Lavy e.a., 1994; Tata e.a., 1996). In een Strooptest reageerden patiënten met een OCS trager op woorden die aan de dwangstoornis gerelateerd zijn dan proefpersonen zonder psychische problemen (Lavy e.a., 1994). In een test die de aandacht ('vigilance') voor bepaald emotioneel materiaal meet, de 'visual dot-probe' test, bleek verhoogde aandacht voor specifieke dwang- woorden, terwijl er interferentie optrad voor niet inhoudspecifieke bedreigende woorden (Tata e.a., 1996). In een 'visual dot-probe' test krijgen proefpersonen steeds twee woorden te zien op een scherm. Zij moeten de bovenste benoemen. Soms verschijnt er in plaats van een woord een stip, op verschillende plaatsen op het

scherm. Op dat moment moet er zo snel mogelijk op een knop gedrukt worden. De reactietijd wordt gemeten. In sommige gevallen heeft één van de woorden een beangstigende betekenis. Uit het onderzoek blijkt dat bij patiënten met een dwangstoornis de reactiesnelheid verhoogd is wanneer dergelijke woorden in de buurt van de latere stip waren verschenen.

Uit de studies met de Strooptest kan geconcludeerd worden dat angst invloed heeft op het verwerken van informatie, wanneer er met de angst samenhangende stimuli in het geding zijn. Uit het onderzoek met de 'visual dot-probe' test kan geconcludeerd worden dat angstige mensen meer aandacht hebben voor aan angst gerelateerde stimuli dan mensen zonder angststoornis.

Het cognitieve model van OCS, zoals ontwikkeld door Salkovskis, is in een aantal studies getoetst. 'Intrusies' komen voor bij mensen zonder psychische stoornissen en zijn niet specifiek voor OCS (Rachman & De Silva, 1978; Freeston e.a., 1991). Dit blijkt nog steeds zo te zijn als ze worden beperkt tot intrusies die specifiek zijn voor OCS (Purdon & Clark, 1993). Er is een relatie tussen specifieke aan de dwangstoornis gerelateerde intrusies en dwangsymptomen. In een onderzoek bij niet-klinische proefpersonen bleek een hoge score op een vragenlijst die obsessionele intrusies meet (Obsessional Intrusion Inventory, OII) een hoge score op de Padua Inventory (een vragenlijst die dwangsymptomen meet) te voorspellen, maar geen symptomen van angst of depressie (Purdon & Clark, 1993). Dit betekent dat de specifiek met angst samenhangende intrusies geen algemeen symptoom van angst of depressie zijn, maar een relatie hebben met dwangsymptomatologie. De Padua Inventory meet echter ook dwanggedachten, waarmee de samenhang met de OII verklaard zou kunnen worden. In een vervolgonderzoek, waaruit overlappende items waren verwijderd, werd echter een vrijwel identieke correlatie gevonden (Clark & Purdon, 1995).

Het zijn niet zozeer de intrusies als wel de manier waarop deze geïnterpreteerd worden die de dwangsymptomatologie veroorzaken. Ook hiervoor is een vragenlijst ontworpen: de Inventory of Beliefs Related to Obsessions (IBRO) (Freeston e.a., 1993). Uit onderzoek met deze vragenlijst blijkt een samenhang tussen de manier waarop intrusies worden geïnterpreteerd en dwangsymptomen. De score op IBRO is een voorspeller voor de score op de Padua Inventory, zowel bij patiënten met een dwangstoornis als bij niet-klinische proefpersonen (Freeston e.a., 1993).

Verantwoordelijkheid is één van de sleutelconcepten in het cognitieve model. Bij de verkeerde manier van interpreteren van intrusies behoort de overtuiging hiervoor verantwoordelijk te zijn en de plicht te hebben ervoor te zorgen dat deze fantasieën geen werkelijkheid worden. Het gevoel van verantwoordelijkheid en de consequenties daarvan is in drietal studies onderzocht. Patiënten met OCS zeggen zich meer verantwoordelijk te voelen voor hun gedachten dan een controlegroep van patiënten van een somatische polikliniek en zogenaamde normale personen (in: Rheume e.a., 1995). Experimentele manipulatie van verantwoordelijkheid heeft invloed op de neiging om te controleren zowel bij patiënten met een OCS (Lopatka & Rachman, 1995) als bij niet-klinische proefpersonen (Ladouceur e.a., 1995). Als de verantwoordelijkheid toeneemt, neemt ook de neiging om te controleren en het daadwerkelijke controleren toe. De overtuiging dat de intrusie ook werkelijk kan plaatsvinden als de betrokkene er niets aan doet blijkt de belangrijkste voorspeller voor de mate van oncontroleerbaarheid van intrusies. Bovendien discrimineerde deze overtuiging het best tussen hoog en laag scoorders op de Padua Inventory. (Purdon & Clark, 1994).

Buitensporig verantwoordelijkheidsbesef is niet de enige misinterpretatie bij OCS. Uit onderzoek blijkt dat perfectionisme (Rheume e.a., 1995), overschatting van gevaar (Freeston e.a., 1993) en intolerantie voor onzekerheid (Freeston e.a., 1993) ook een rol spelen.

Het laatste gedeelte van het cognitieve model betreft het gevolg van de dwanghandelingen. Door de angstreductie worden niet alleen de dwanghandelingen bekrachtigd, maar ook de misinterpretaties. Het geloof in de eigen verantwoordelijkheid en in de mogelijkheid om met dwangrituelen rampen te voorkomen wordt bijv. bevestigd. Tenslotte zouden door het actief neutraliseren van de intrusies deze intrusies juist een grotere aandachtswaarde krijgen. Verondersteld wordt dat de intrusies door het neutraliseren blijven voortbestaan en zelfs toenemen. Uit de studie van Purdon en Clark (1994) bleek dit laatste overigens niet. De manier van omgaan met intrusies bleek niet te differentiëren tussen hoog en laag scoorders op de Padua Inventory. Dit zou betekenen dat de veel gehoorde opvatting dat copingstrategieën voor intrusies zoals het neutraliseren (bijvoorbeeld door middel van dwanghandelingen) of het proberen te onderdrukken van de gedachten, de dwangproblemen veroorzaken of in stand houden, onjuist is. Opgemerkt moet worden dat dit nog maar één onderzoek is, bovendien uitgevoerd bij niet-klinische proefpersonen.

Er is een aantal kanttekeningen te maken bij deze onderzoeken. Bij analoge studies – de studies met niet-klinische proefpersonen – wordt ervan uit gegaan dat er een continuüm is in dwang-, depressie- en angstsymptomen. De lage scores van proefpersonen die geen dwang-, angst- of depressieve stoornis hebben op de vragenlijsten die deze stoornissen meten, zouden het niet-klinische einde van een continuüm weergegeven, waarbij de hoge scores van mensen met angst, dwang- en depressieve stoornissen aan het andere, klinische einde van het continuüm zitten. Het is niet bekend of deze gedachte klopt (Freeston e.a., 1992). 'Intrusies', negatieve automatische gedachten of interpretaties, disfunctionele schema's en symptomen van dwang, angst en depressie zijn theoretische constructies die alle geoperationaliseerd zijn door scores op vragenlijsten. Het is de vraag of de diverse vragenlijsten de verschillen theoretische constructies ook goed kunnen differentiëren. De OII (de vragenlijst die aan dwang gerelateerde intrusies meet) bijvoorbeeld correleert met de Padua Inventory (een vragenlijst voor het meten van dwangstoornissen). Dit kan betekenen dat aan dwang gerelateerde intrusies OCS voorspellen, het kan echter ook impliceren dat deze twee vragenlijsten voor een deel hetzelfde meten. Verder is de oorzaak- en gevolgrelatie tussen de verschillende constructies niet opgehelderd. Hebben patiënten bijvoorbeeld dwangklachten of scoren proefpersonen hoog op een dwangvragenlijst omdat zij hun intrusies verkeerd interpreteren of ligt het misschien andersom?

3.5 Resultaten van de behandeling

Gedragstherapeutische methoden zijn effectief bij de behandeling van volwassene. Uit een meta-analyse van Van Balkom e.a. (1994) blijkt gedragstherapie even effectief als een behandeling met serotonerge antidepressiva of een combinatie van gedragstherapie en serotonerge antidepressiva. Dit geldt voor de resultaten op meetinstrumenten die door de behandelaar worden ingevuld. Wanneer gekeken wordt naar zelfbeoordelingsschalen blijkt gedragstherapie effectiever dan medicatie. In de meta-analyse was de gemiddelde effectgrootte van gedragstherapie 1.46 ($SD = 0.75$), wat volgens de normen van Cohen (1988) een groot effect is. Bij follow-up blijven de resultaten over het algemeen behouden (O'Sullivan & Marks, 1990).

Exposure plus responspreventie is de meest onderzochte methode. De eerste gecontroleerde studie naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie volgens Beck en Salkovskis is gedaan door Van Oppen e.a. (1995a). Hier bleek cognitieve therapie de resultaten van exposure en responspreventie te evenaren.

3.5.1 Effectonderzoek bij kinderen en adolescenten

De opvatting bestaat dat gedragstherapeutische methoden ongeschikt zijn voor de behandeling van kinderen met een dwangstoornis. Zij hebben minder vaak obsessies, waardoor exposure niet kan plaats vinden, of zij zijn niet in staat de irrationaliteit van hun obsessies in te zien, waardoor zij niet te motiveren zouden zijn om responspreventie uit te voeren (Riddle, 1993, persoonlijke mededeling). Wellicht geeft deze opvatting de verklaring voor het feit dat er geen gecontroleerd onderzoek is gedaan bij kinderen en adolescenten.

Er zijn wel vijf prospectieve, ongecontroleerde studies gedaan. De eerste studie is van Bolton e.a. (1983) uit de Bethlem Royal en Maudsley Hospitals in Londen. Vijftien patiënten tussen twaalf en achttien jaar werden – klinisch of ambulant – behandeld met responspreventie, in drie gevallen gecombineerd met clomipramine. Dertien van de vijftien verbeterden, van wie zeven geen dwangverschijnselen meer hadden en zes nog een beetje ('in lichte mate'). Bij follow-up na negen maanden tot vier jaar waren de resultaten gelijk gebleven. De resultaten op lange termijn laten echter een ander beeld zien. Gemiddeld 10.7 jaar (9-14 jaar) later functioneerden van de oorspronkelijke groep acht patiënten goed (57%), zeven hadden chronisch klachten (43%). Er bleek geen relatie met het resultaat op korte termijn.

Apter e.a. (1984) beschrijven de behandeling van acht patiënten tussen tien en vijftien jaar oud. Zij werden allen opgenomen op de gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis in Israël. Een programma met responspreventie en exposure en gedachtenstop mislukte geheel. In geen enkel geval was het mogelijk het behandelplan uit te voeren vanwege weerstand en geslotenheid van de patiënten, aldus de auteurs. Zij wijten hun beroerde ervaringen aan de lage patiënt-stafratio en aan de onervarenheid van de staf, die ook nog voornamelijk psychodynamisch georiënteerd was. De gedragstherapie werd gestaakt en de kinderen werden behandeld met inzichtgevende of ondersteunende therapie, in een aantal gevallen tegelijk met medicatie. Zeven van de acht verbeterden aan-

zienlijk, vier van hen waren na hun behandeling symptoomvrij. Er zijn geen follow-up resultaten.

March e.a. (1994) behandelden vijftien patiënten tussen acht en achttien jaar. Zij gebruikten een behandelprotocol voor de gedragstherapeutische interventies. Daarnaast kregen de meeste (veertien) patiënten ook een serotonerg antidepressivum. In drie gevallen werd ook individuele therapie of gezinstherapie gegeven. Hier werden ook voor het eerst DSM-diagnoses gesteld en gestandaardiseerde meetinstrumenten (o.a. de Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS) gebruikt. De gemiddelde verbetering op de Y-BOCS was 50%. Bij follow-up (één tot 21 maanden later) waren tien patiënten meer dan 50% verbeterd (gemeten op de Y-BOCS). Er waren drie zogeheten nonresponders (minder dan 30% verbetering op de Y-BOCS).

In de studie van Piacentini e.a. (1994) werden de patiënten eveneens volgens protocol behandeld. Het protocol bevatte exposure en responspreventie en strategieën om de angst te kunnen beheersen (de patiënten leerden uitspraken als 'als ik de angst verdraag zal deze tenslotte verdwijnen', en grappige visualisaties waarin 'ziektekiemen' werden voorgesteld als rare stripfiguurtjes). Er was een beloningsprogramma voor het uitvoeren van de exposure en responspreventie-oefeningen, een grafische weergave van de resultaten van de therapie, en er waren speciale therapiezittingen voor ouders en overige familieleden. Van de drie kinderen over wie gerapporteerd wordt, verbeterden twee respectievelijk 88% en 71% op de Y-BOCS. De derde patiënt verbeterde nauwelijks. Er zijn geen follow-up gegevens.

Knox e.a. (1996) beschrijven de resultaten van de behandeling van vier kinderen tussen acht en dertien jaar. Ook hier werd gebruik gemaakt van een behandelprotocol met exposure en responspreventie. Er werd een zogeheten multiple baseline design gevolgd, waarin met name het resultaat van het betrekken van de ouders bij de therapie werd gemeten. Voor het stellen van de diagnose zowel bij voormeting als bij nameting werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van een gestructureerd interview (Anxiety Disorders Interview Schedule, Child and Parent Versions), de Leyton Obsessional Inventory – Child Version, en een dagelijkse registratie van de dwangrituelen, zowel door het kind als door de ouders. Er werd geen Y-BOCS afgenomen. Na 24 behandelzittingen (in 14 weken) voldeed geen van de kinderen meer aan de diagnostische criteria voor een OCS, hoewel geen van hen helemaal vrij van dwangsymptomen was. Bij follow-up na een jaar

had één patiënt opnieuw klachten. Bij twee van de vier kinderen verminderden de dwangklachten meer toen de ouders bij de behandeling werden betrokken, dan met exposure en responspreventie zonder de ouders. Opgemerkt moet echter worden dat de exposure met responspreventie zonder de ouders bestond uit het oefenen met de therapeut tijdens de zitting. Pas met het inschakelen van de ouders werden de oefeningen ook thuis gedaan, waarmee onduidelijk is geworden of het betere resultaat veroorzaakt werd door de uitbreiding naar thuis oefenen, het inschakelen van de ouders dan wel het voortschrijden van de tijd.

In een retrospectief overzicht van de behandelresultaten van 27 jongeren tussen twaalf en achttien jaar werd bij 78% (21 patiënten) een aanzienlijke verbetering met een exposure met responspreventie programma vastgesteld (Allsopp & Verduyn, 1990). Onduidelijk is echter hoe dit succes werd gemeten. Bij 13 van de 27 patiënten werden problemen met de therapietrouw gemeld. Ernstige gedragsproblemen kwamen bij de helft van de groep voor. Het gebrek aan therapietrouw en de gedragsproblemen hingen echter niet met het resultaat van de behandeling samen.

3.5.2 Gevalsbeschrijvingen over kinderen en adolescenten

March (1995) geeft een overzicht van tussen 1967 en 1974 gepubliceerde verslagen van psychotherapie bij kinderen en adolescenten met OCS. Hij noemt 25 gevalsbeschrijvingen. Hij concludeert dat er weinig gebruik gemaakt wordt van gestandaardiseerde interviews en meetinstrumenten, waardoor ernst van de problematiek, comorbiditeit en therapieresultaat veelal niet betrouwbaar konden worden vastgesteld. Bovendien merkt hij op dat in de meeste studies niet de patiënt, maar de therapeut eenzijdig de aard van de exposure en responspreventie-oefeningen bepaalt, wat de motivatie waarschijnlijk niet bevordert zal hebben.

In het onderstaande wordt een aantal gevalsbeschrijvingen besproken. De waarde van deze gevalsbeschrijvingen is voornamelijk heuristisch. Omdat OCS bij kinderen bekend staat als een moeilijk te beïnvloeden klacht, vaak gecompliceerd door problemen in het gezin en een geringe therapietrouw, kunnen beschrijvingen van behandelingen inzicht geven in de mogelijkheden om verschillende gedragstherapeutische strategieën toe te passen. Met dit oogmerk worden de gepubliceerde gevalsbeschrijvingen dan ook besproken.

Exposure en responspreventie

In de meeste studies wordt exposure met responspreventie toegepast. Meestal gebeurt dit geleidelijk, beginnend met de voor de patiënt makkelijkste situaties. In twee publicaties is dit niet het geval. Hier werden de opdrachten, zeer tegen de zin van de patiënt, met de ouders doorgenomen. De moeder van een zevenjarige jongen met een serie dwangrituelen als vreemd lopen, handen wassen en de vloer aanraken om ervoor te zorgen dat zijn ouders niet gaan scheiden, kreeg de eenvoudige opdracht de jongen van de rituelen te weerhouden. Ook dwangmatige vragen moest zij negeren (Willmuth, 1988). Fine (1973) beschrijft de behandeling van twee jongens. De eerste (elf jaar) wilde dat zijn ouders alle vragen en opdrachten twee keer herhaalden, bovendien moest hij zodra iemand 's avonds iets tegen hem zei, opnieuw naar de wc. De ouders kregen de opdracht alles slechts één keer te zeggen en de wc op slot te doen als de jongen 's avonds was geweest. De tweede jongen was negen jaar. Hij had aan- en uitkleedrituelen om ervoor te zorgen dat er niets akeligs zou gebeuren. Vaak kwam hij hierdoor te laat of helemaal niet meer op school. De ouders kregen de opdracht hem naar school te sturen, ook al was hij niet helemaal aangekleed. Op school werd dezelfde harde lijn gevolgd bij de dwangrituelen die daar optraden. In alle gevallen had het gevolgde beleid succes, de dwangrituelen namen af. De therapie werd voortgezet, respectievelijk in de vorm van inzichtgevende therapie (Willmuth, 1988) en gezinstherapie (Fine, 1973). In alle gevallen bestonden de problemen nog maar kort, drie weken tot acht maanden. Wellicht draagt dit bij aan de verklaring voor het slagen van een dergelijke autoritaire benadering. Over het algemeen levert het eenvoudig verbieden van de dwangrituelen zoveel ruzies en heftige angst op, dat therapeut en ouders toch door de knieën gaan en er aan de dwangrituelen niets verandert. Harris en Wiebe (1992) pasten eveneens exposure en responspreventie zonder hiërarchie toe. Hier ging de patiënt echter akkoord met de te volgen strategie. De vijftienjarige jongen waste veelvuldig zijn handen en weigerde anderen aan te raken uit angst hen te besmetten. Hoewel gestart werd met een geleidelijke exposure en responspreventie, kwamen therapeut en patiënt al snel overeen de exposure meteen bij alle enge situaties toe te passen. De jongen werd nooit gedwongen en kon altijd weigeren. Ook met deze behandeling verdwenen de dwangrituelen.

Cognitieve therapie

In de meeste gevalsbeschrijvingen wordt weinig aandacht besteed aan cognities. Soms wordt de irrationaliteit van de obsessies en dwanghandelingen besproken of wordt er een rationale gegeven voor de te volgen strategie (Ownby, 1983; Green, 1980). Kearny en Silverman (1990) beschrijven als eersten een behandeling met cognitieve therapie. De behandeling betrof een veertienjarige jongen die bang was besmet te worden door vleermuizen. Hij controleerde ramen op vleermuizen en zijn eigen lichaam op het speeksel van vleermuizen. De jongen leerde irrationele gedachten ('Ik zal sterven als ik een vleermuis zie') te identificeren en te vervangen door meer redelijke ('Hoe groot is nu eigenlijk de kans op doodgaan na het zien van een vleermuis'). De auteurs maakten ook gebruik van gedragsexperimenten en responspreventie. Hoogduin en De Haan (1981) gaven adolescenten een positieve verklaring voor de dwangstoornis, die logisch aansloot bij de daarna te geven responspreventieopdracht. Eén van de behandelingen die zij beschrijven betreft een zestienjarig meisje dat bang was in contact te zijn geweest met giftige stoffen en zo anderen te vergifigen. Zij vroeg haar ouders voortdurend om geruststelling, maar was nooit tevreden met hun antwoord. Er waren langdurige discussies over de theoretische mogelijkheid om in contact te zijn geweest met vergif. Deze discussies dreven het gezin tot wanhoop. Het meisjes' problemen werden geïnterpreteerd als een verschijnsel dat ontstaat bij jonge mensen die op het punt staan zelfstandig en volwassen te worden. Om haar te helpen bij haar gevecht om volwassen te worden, deden de ouders voortaan geen pogingen meer om haar gerust te stellen. Zij kon nu leren deze vragen zelf op te lossen.

Het betrekken van gezinsleden bij de behandeling

In een aantal studies wordt expliciet aandacht besteed aan gezinsfactoren. Hafner e.a. (1981) zijn zelfs van mening dat een gebrek aan aandacht hiervoor oorzaak kan zijn van mislukkingen van gedragstherapie. Zij beschrijven de behandeling van een zestienjarige jongen die al sinds zijn negende jaar last heeft van dwangrituelen. Uit angst besmet te worden door zijn zuster heeft hij een groot aantal rituelen ontwikkeld, waaronder stampen op de vloer, tegen meubels en muren slaan en harde dierengeluiden maken zodra hij bij haar in de buurt is. Gezinsleden lijden volgens de auteurs niet alleen onder de klachten van de patiënt, zij bekrachtigen het gedrag ook en zij zijn degenen die het in stand houden. Op

grond hiervan werd besloten de jongen te behandelen in het kader van een gezinsterapie. Hiertoe moest hij echter eerst leren bij zijn zusje in de kamer te zitten zonder alle hinderlijke dwangrituelen. Er werd een desensitizatieprogramma opgesteld, waarbij de eerste stap bestond uit het zonder rituelen bekijken van ouders en zusje door een one-way screen, tot de angst gedaald was. Zo leerde de jongen zijn dwangrituelen af. Opmerkelijk is dat in de publicatie dit aspect van de behandeling met een paar zinnen wordt afgedaan, terwijl de rest van de tekst aan de gezinsterapie wordt besteed. Waarschijnlijk hadden gedragstherapeuten de exposure als werkzame factor benoemd.

Morelli (1983) beschrijft de behandeling van een dertienjarige jongen die sinds drie jaar dwangmatig tikte. Delen van zijn lichaam of voorwerpen tikte hij drie keer aan als hij liep, een kamer inging of naar bed ging. Zijn gedrag veroorzaakte veel problemen thuis: vergeefs pogingen om hem met zijn hinderlijk gedrag te laten ophouden in de vorm van schreeuwen en geruzie. De eerste stap in de behandeling gold de moeder. Zij kreeg informatie over de dwangstoornis, waardoor zij het gedrag van haar zoon als minder rampzalig kon zien en haar werd geleerd haar schreeuwen te vervangen door het vriendelijk verzoek met het tikken op te houden. In de behandelfase registreerde zij de dwangrituelen en bij ieder dwangritueel vroeg zij de jongen vriendelijk het gedrag opnieuw zonder rituelen uit te voeren. De rituelen namen af en bij follow-up na negen maanden waren zij verdwenen.

Bij jongere kinderen oefenen de ouders de exposure en responspreventieopdrachten samen met het kind thuis (Stanley, 1980; Zikis, 1983; Desmarais & Lavalley, 1988), bij oudere kinderen ligt juist de nadruk ligt op de zelfcontrole. Green (1980) bijvoorbeeld behandelde een vijftienjarige jongen met controlerituelen en ritueel gedrag om te voorkomen dat er een ramp zou gebeuren. De responspreventie die hij thuis moest uitvoeren werd alleen met hem en de therapeut besproken. Expliciet werd afgesproken dat de jongen hiervoor zelf verantwoordelijk was en dat er geen hulp van anderen zou zijn. Zijn moeder registreerde zijn dwanghandelingen overigens wel, evenals hijzelf.

Mislukkingen en moeilijkheden

De publicatie van Clark e.a. (1982) is de enige waarin een mislukking wordt beschreven. De auteurs beschrijven de klinische behandeling van een dertienjarige jongen met ernstige dwangmatige traagheid, dwangrituelen als op de deur

tikken, met zijn hoofd draaien voor hij ging lopen, bestek controleren op vuil, en tellen. Bovendien had last van hij meerdere tics en maniërisme. Er werd een intensief programma opgesteld, uitgevoerd door verpleegkundigen. Taken zoals bed opmaken, aankleden, wassen en eten werden een aantal keren per week getraind door middel van modelling. De taken werden stap voor stap aangeleerd. Er werd veel aandacht besteed aan het geven van steun en bemoediging. De behandeling had onmiddellijk resultaat. Het behandelprogramma werd dertien weken volgehouden en daarna waren de verpleegkundigen steeds minder aanwezig bij het uitvoeren van de taken. De dwangrituelen kwamen hierop vrijwel onmiddellijk terug. De auteurs schrijven de mislukking toe aan de ernst van de problematiek, het vroege begin en de mogelijke functie van de dwangrituelen (vermijden van sociale contacten en bewaren van afhankelijkheid). Deze verklaring is weinig overtuigend, daar zij bij iedere mislukte behandeling van welke psychische stoornis dan ook opgevoerd kan worden.

Bolton en Turner (1984) beschrijven de behandeling van twee jongens van veertien jaar die naast een dwangstoornis, ernstige gedragsproblemen hadden. Beiden werden na eerdere ambulante therapie, klinisch behandeld. Zij weigerden vaak de responspreventieopdrachten uit te voeren, vooral als het moeilijk werd. Daarnaast misdroegen zij zich: spijbelen, met deuren slaan, op de muren tekenen, schelden en slaan, polsen snijden, ruiten ingooien en vuurtje stoken. De behandeling werd desondanks voortgezet. Een belangrijk deel van de tijd van de staf werd besteed aan het in gareel houden van de jongens en ze steunen. De stafleden lieten voortdurend merken dat ze met hen meeleefden en hun moeilijkheden begrepen. De positieve resultaten op lange termijn werden benadrukt. Eén van de jongens knapte op. De andere leerde zich beter gedragen, maar bleef behandeling van de dwangklachten weigeren. De auteurs geven aanbevelingen voor de handelwijze bij dergelijke moeilijke patiënten: Een afdeling moet voldoende veiligheid en privacy bieden om een individuele behandeling uit te voeren. De afdeling moet bijvoorbeeld op slot kunnen. Van belang zijn verder een ervaren behandelteam, een duidelijk behandelprogramma en het voornemen om het programma vol te houden ondanks heftig verzet van de patiënt. De Haan en Akkermans (1989) beschrijven de klinische behandeling van een vijftienjarige jongen die de exposure en responspreventie opdrachten niet uitvoerde. Ook hier resulteerde het hardnekkig volhouden van het programma en inventiviteit in het bedenken van oefeningen en beloningen voor het uitvoeren of negatieve conse-

quenties voor het niet uitvoeren ervan, in de afname van de dwangrituelen. Ook in dit geval was de verpleegkundige staf ervaren en betrokken.

Motivering

De publicatie van March e.a. (1994) is de eerste met een behandelprotocol dat expliciet is toegesneden op het vergroten van de therapietrouw van de patiënt en van de ouders. De belangrijkste onderdelen van dit protocol zijn:

- Gedragstherapie (waar nodig in combinatie met medicatie) wordt gepresenteerd als de beste behandeling voor een dwangstoornis ;
- OCS wordt expliciet benoemd als een ziekte in plaats van een slechte gewoonte;
- Besproken wordt dat het kind een gevecht aangaat tegen deze ziekte;
- Er wordt een scheldnaam verzonnen voor de dwangstoornis;
- Exposure met responspreventie en copingstrategieën tegen de angst worden toegepast;
- In sommige gevallen worden serotonerge antidepressiva gebruikt;
- Het kind kiest de exposure en responspreventie oefeningen;
- De gezinsleden worden bij de behandeling betrokken.

Met uitzondering van de publicaties van Bolton en Turner (1984) en de Haan en Akkermans (1989) wordt er in de gevalsbeschrijvingen weinig expliciete aandacht besteed aan een mogelijk tekort aan gemotiveerdheid en een geringe therapietrouw. Het relatief grote aantal gevalsbeschrijvingen waarin schijnbaar zonder al te veel moeite een goed resultaat werd bereikt, zou de indruk kunnen wekken dat dergelijke problemen niet bestaan. De klinische praktijk leert echter dat dit niet waar is. Technieken om de motivatie en de therapietrouw te verhogen behoren daarom een standaardonderdeel te zijn van de protocollen voor de behandeling van de dwangstoornis (zie ook hoofdstuk 4).

4 GEDRAGSTHERAPIE, UITVOERING BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN

4.1 Inleiding

De behandeling van een dwangstoornis bij kinderen en adolescenten is in de praktijk vaak niet zo eenvoudig. Het is niet ongebruikelijk dat kinderen weigeren de opdrachten uit te voeren. Zij zijn niet overtuigd van het nut van exposure en zouden liever geholpen worden bij het op juiste wijze uitvoeren van hun rituelen. Soms zijn de gezinsrelaties ernstig verstoord en geloven ouders bijvoorbeeld niet in het onvrijwillig karakter van de dwangrituelen. Zij verwijten hun kind dat het lastig is.

Hierna wordt de praktische uitvoering van de behandeling besproken waarbij aan dergelijke problemen aandacht wordt geschonken. De in dit hoofdstuk beschreven behandelstrategie is gebruikt in de studie naar het resultaat van gedragstherapie in vergelijking met clomipramine, die in hoofdstuk 6 beschreven wordt.

4.2 Inventarisatie van de dwanghandelingen, dwanggedachten en vermijdingsgedrag

In het eerste gesprek wordt een inventarisatie gemaakt van alle dwangrituelen, van vermijding en van obsessies. Dit gebeurt zo precies mogelijk. Het is dus niet voldoende dat de therapeut weet dat één van de dwangrituelen het controleren van deuren is. Het moet duidelijk zijn hoe de deur wordt gecontroleerd. Wordt erbij geteld, hoe vaak wordt er gecontroleerd, wordt er geruststelling gevraagd, gaat het kind wel weer eens helemaal terug om opnieuw te controleren? Soms kan de therapeut vragen het dwangritueel in de spreekkamer voor te doen. Ook situaties waarin de dwangrituelen optreden worden nauwkeurig geïnventariseerd. Komt de dwang alleen thuis voor of ook op school? Worden sommige deuren meer gecontroleerd dan andere, is aangeraakt worden door anderen altijd even vies of maakt het uit door wie het gebeurt?. Het kan nuttig zijn met het kind een dag van het begin tot het einde door te nemen op zoek naar nog niet genoemde dwangrituelen. Er wordt nagegaan of er vermijding is. Lang niet alle kinderen, zeker niet de jongere, zullen spontaan voorbeelden van vermijding weten te melden. Op de vraag 'Doe je wel eens dingen niet, zodat je al die vervelende

rituelen niet hoeft te doen', weten zij niets te verzinnen. In dergelijk gevallen kan de therapeut zelf met mogelijke voorbeelden komen, gebaseerd op de eerder vermelde dwangrituelen. Zo is het voorstelbaar dat iemand met handenwasrituelen maar het liefst niets meer aanraakt, of in het geval van een controledwang er voor zorgt nooit als laatste het huis uit te gaan. Sommige kinderen schakelen anderen (meestal hun ouders) in om dwangrituelen te voorkomen, anderen stellen activiteiten die dwangrituelen oproepen (zoals naar bed gaan) zo lang mogelijk uit (dat dit dan ook nog andere voordelen heeft, is meegenomen).

Veel kinderen schamen zich voor hun dwangrituelen. Zij zijn zeker in het begin niet erg scheutig met informatie. Het is daarom van belang dat therapeuten duidelijk maken dat zij zeer geïnteresseerd zijn in alle bijzonderheden van de dwangrituelen. Veel kinderen reageren aangenaam verrast wanneer zij merken dat er niet met irritatie of onbegrip of angst voor zo veel gekte gereageerd wordt, maar met belangstelling, speciaal zelfs voor de bijzonderheden ervan.

Er zijn grote verschillen in de mate waarin kinderen last hebben van obsessies. Sommigen kunnen niet meer vertellen dan dat zij het idee hebben dat 'het niet goed is' als ze hun dwangrituelen niet uitvoeren. Anderen melden als hun belangrijkste klacht de obsessies. De dwangrituelen waarmee zij de obsessies trachten te neutraliseren ervaren zij als afgeleide. Zij komen met klachten over angsten of nare gedachten en beelden. De therapeut moet in dergelijke gevallen juist moeite doen om erachter te komen of er ook dwangrituelen zijn. Ook in deze gevallen kan de vraag 'Als je nu van die gedachten hebt, doe je dan iets om te zorgen dat het weggaat?', gevolgd worden door voorbeelden. Soms is het nuttig voorbeelden te geven van andere patiënten. 'Ik ken kinderen die dan moeten tellen of iets aanraken zodat het niet gebeurt, heb jij dat ook?'

Als de dwangrituelen de voornaamste klacht zijn, is het niet altijd eenvoudig er achter te komen of en welke obsessies er zijn. Er kan gevraagd worden naar angsten of naar gedachten. Ook kan gevraagd worden of het kind weet waarom het die dwanghandelingen uitvoert. Tenslotte kan de vraag gesteld worden wat er zou gebeuren als de dwanghandelingen niet zouden worden uitgevoerd. Soms zijn obsessies specifiek en wel omschreven zoals de obsessie Aids te krijgen of de obsessie dat iemand dood zal gaan. Bij veel kinderen zijn de obsessies veel vager, zoals de gedachte 'het is niet goed', of 'het gaat mis' zonder dat nader omschreven kan worden wat niet goed is of mis gaat.

4.3 Verklaringen voor de dwanggedachten en -handelingen

De meeste adolescenten en sommige kinderen worstelen met de vraag waarom zij een dwangstoornis hebben. Sommigen zijn bang dat dit vreemde gedrag een voorbode is van gek worden. In deze opvatting worden zij nog al eens gesteund door broertjes en zusjes, die opmerkingen in die richting maken. Daarom wordt in het eerste gesprek informatie gegeven over de dwangstoornis. Het kan van belang zijn de diagnose expliciet te noemen en te vertellen dat dit geen 'gekte' is. Voor oudere kinderen en adolescenten kan een schema worden getekend waarin duidelijk wordt hoe de gedachte (obsessie) dat er iets mis gaat angst en spanning oproept en hoe deze angst verdwijnt als de dwangrituelen zijn uitgevoerd. De meesten herkennen deze sequentie van gebeurtenissen en kunnen de constatering, dat er steeds meer dwangrituelen nodig zijn om rust te bereiken, beamen. De therapeut kan vertellen dat uit onderzoek is gebleken dat de meeste mensen wel eens van die gedachten hebben. Hiermee wordt dus nogmaals benadrukt dat het kind zo gek nog niet is met die gedachten. Bovendien kan aan de dwanggedachten en de daaruit volgende dwangrituelen een andere, meer positieve betekenis worden gegeven. Veel controleren uit angst voor dieven betekent bijvoorbeeld dat iemand erg zorgzaam is voor andere mensen; veel vragen betekent een wetenschappelijke instelling. Op deze manier kan bereikt worden dat er anders gekeken wordt naar gedrag dat voorheen alleen maar verwerpelijk werd gevonden. Dat het op zichzelf te prijzen gedrag te veel of te vaak wordt uitgevoerd, zal niemand tegenspreken.

Ouders vragen nog al eens naar de oorzaak van de dwangstoornis. Soms vragen zij zelfs expliciet naar een nader onderzoek om de oorzaken op te sporen. Geen enkel nader onderzoek zal vooralsnog een helder licht kunnen werpen op deze kwestie. Het is daarom aan te raden ouders op de hoogte te brengen van de stand van het wetenschappelijk onderzoek en ze te vertellen dat er nog nooit duidelijke oorzaken gevonden zijn voor een dwangstoornis, dat erfelijkheid waarschijnlijk een rol speelt en dat de kennis van de oorzaken van de dwangproblemen voor een effectieve behandeling niet van belang is.

Ouders en oudere kinderen worden op de hoogte gesteld van de resultaten van het onderzoek naar de resultaten bij de behandeling van dwangstoornissen. Met medicatie wordt een gemiddelde verbetering van 30% tot 40% bereikt, met gedragstherapie 50% tot 60%. Gedragstherapie eventueel in combinatie met medicijnen wordt dan ook gepresenteerd als dé werkzame behandeling (verge-

lijk March e.a.,1994). Van belang is echter te wijzen op de grote individuele verschillen. Dit geldt ook voor de duur van de behandeling. Kinderen en adolescenten met een niet ernstige dwangstoornis kunnen in tien tot twintig zittingen behandeld worden. De behandeling van een ernstige dwangstoornis kan veel langer duren. De therapeut benadrukt tenslotte dat de behandeling een zware inspanning zal vragen van de patiënt en meestal ook van de ouders.

4.4 Uitleg van de behandeling

Voordat gestart wordt met de exposure en responspreventie-oefeningen moet aandacht besteed worden aan een begrijpelijke verklaring voor de te volgen strategie. Dwangrituelen dienen om angst te verminderen. Wanneer er geen dwangrituelen worden uitgevoerd en de angst verdragen wordt, zal deze – zo is uit onderzoek gebleken – langzaam verdwijnen, waarmee de noodzaak om rituelen uit te voeren ook zal verdwijnen. Dit is, kort gezegd, de veel gebruikte verklaring voor de werkzaamheid van exposure en responspreventie. Hieronder volgt de letterlijke tekst van zo'n verklaring.

Mensen met een dwangstoornis hebben last van dwanghandelingen of rituelen, zoals bijvoorbeeld handen wassen, controleren, schoonmaken, vragen stellen of steeds maar denken. Deze dwanghandelingen zijn er niet zomaar, zij hebben een doel. Zij zorgen ervoor dat bepaalde angsten of zorgen verdwijnen of zelfs niet op kunnen treden. Als je bijvoorbeeld je handen zeer vaak wast ben je misschien bang om besmet te raken, of anderen te besmetten. Of als je vaak het gas of de elektriciteit controleert heb je misschien de angst dat door je onzorgvuldigheid er een ramp ontstaat, zoals bijv. een explosie. Door de dwanghandelingen uit te voeren verdwijnt de angst.

Iedereen weet echter dat dit maar voor korte duur is. Al snel komt de angst opnieuw opzetten en zijn er wéér dwanghandelingen nodig om deze te laten verdwijnen. Vaak zijn er ook steeds meer dwanghandelingen nodig om de angst te beteugelen. Mensen met handen wassen als dwangritueel, wassen na verloop van tijd hun handen steeds vaker en ook steeds langer. Mensen die voortdurend om geruststelling moeten vragen, hebben steeds vaker en uitvoeriger die geruststelling nodig. Dwangrituelen helpen wel tegen angsten, maar niet voor lange tijd. Uit onderzoek is gebleken dat angst ook vanzelf kan verdwijnen, als je de angst maar lang genoeg verdraagt. Niemand blijft een lange tijd zeer angstig. Je kan met andere woorden wennen aan situaties, gebeurtenissen of zelfs gedachten, waar je

eerst angstig van werd. Zo zijn kleine kinderen na tijdje niet meer bang voor water in het zwembad, en is iemand die op de zestiende verdieping van een flat woont niet meer bang als hij naar beneden kijkt.

Van dit gegeven wordt in de gedragstherapie gebruik gemaakt. Als de dwanghandelingen niet meer worden uitgevoerd zal er eerst angst ontstaan. Na verloop van tijd verdwijnt die angst echter. Wanneer een volgende keer de dwanghandeling niet wordt uitgevoerd, zal de angst sneller verdwijnen, totdat er helemaal geen angst meer optreedt.

In één keer stoppen van de dwanghandelingen is niet goed mogelijk. De angst zou dan te groot kunnen worden. Daarom worden in de therapie de dwanghandelingen heel langzaam, stapje voor stapje, gestaakt, zodat de spanningen nooit te groot worden. Bovendien kunnen er nog technieken geleerd worden om de spanningen beter te verdragen.

Niet alleen de therapeut, maar ook jijzelf zal hard moeten werken tijdens de behandeling. Vanaf de eerste zitting krijg je 'huiswerk' mee naar huis. Dit zijn meestal oefeningen om te leren de dwanghandelingen niet meer uit te voeren, en zo de dwanghandelingen te overwinnen.

Bij adolescenten is dergelijke verklaring meestal goed bruikbaar, bij jongere kinderen veelal niet. Vooral jongere kinderen zijn nauwelijks gevoelig voor rationele argumenten. Zij zijn vaak overtuigd van het nut van hun rituelen en lapen onderzoeksresultaten, waaruit blijkt dat de angst verdwijnt als de rituelen niet worden uitgevoerd, aan hun laars. Dat betekent dat er andere argumenten gevonden moeten worden die het kind wel aanspreken. Eén van de mogelijkheden is hierboven al beschreven herinterpretatie van het dwanggedrag. Aan de dwangrituelen wordt een andere, voor het kind én de ouders, nieuwe betekenis gegeven, die positief is. De dwangrituelen dienen een goed doel of zijn op zichzelf goed, maar worden te vaak uitgevoerd. Daarbij wordt er gesproken over de last die het kind van al dat dwanggedoe heeft en er worden nieuwe manieren bedacht om hetzelfde doel te bereiken.

Een meisje dat alle spullen in haar kamer precies recht moest leggen voordat ze ging slapen, werd verteld dat ze zorgvuldig en precies is, wat natuurlijk een goede eigenschap is. Bovendien werd er enigszins minachtend over sloddervossen gesproken die altijd alles kwijt zijn of dingen kapot maken. Pas daarna werd er besproken dat haar precisie soms iets te ver ging en werd haar voorgesteld te gaan bespreken hoe precies ze voortaan zou willen zijn

Weiner (1967) beschrijft een vijftienjarige jongen die de hele dag allerlei rituelen uitvoerde om te voorkomen dat er een ramp zou gebeuren. Zo controleerde hij bijvoorbeeld veelvuldig sloten. De therapeut besprak met hem wat de reden was van zijn dwangrituelen. Zo kwamen ze overeen dat het feit dat alles veilig opgeborgen zou zijn na de rituelen, een goede reden is voor het sloten controleren. Hierna werd besproken hoe datzelfde doel op een minder ingewikkelde manier bereikt kon worden. De jongen kreeg vrij nauwkeurig voorgeschreven hoe hij voortaan de sloten zou controleren: één keer het slot controleren en dan tegen jezelf zeggen dat het zo goed is en dat nu alles veilig opgesloten is.

Voor sommige kinderen is geen enkele verklaring geschikt. Zij zijn ongevoelig voor argumenten. Dit geldt vooral voor jongere kinderen. In dergelijke gevallen kan het helpen als de behandeling als een spelletje worden gepresenteerd. Soms sluit de therapeut bijvoorbeeld een weddenschap af.

Een jongen die zijn handen wel dertig keer per dag waste, hield zich op geen enkele manier aan de exposure- en responspreventie-afspraken. De dwang om zijn handen te wassen was vele malen groter dan de wens de instructies van de therapeut op te volgen. Geen enkel argument kon hem overtuigen van de noodzaak de opdrachten uit te voeren. Toen werd er een weddenschap verzonnen. De therapeut zei te denken dat de jongen niet in staat zou zijn zijn handen minder vaak te wassen. De ouders deden ook mee aan de weddenschap. Zij gokten op 28 keer. Er werd uitvoerig gesproken over de inzet van de weddenschap. Dit bracht de jongen ertoe het handenwassen te verminderen.

Een vijftienjarig meisje dat bang was besmet te worden en daarom o.a. weigerde anderen aan te raken, werd uitgedaagd door de verpleging en door medepatiënten om hun een hand te geven, waarbij ze om het hardst riepen dat zij dat vast niet zou kunnen. Zij ging in op de uitdaging en won.

4.5 Exposure en responspreventie

Emmelkamp (1982) geeft een overzicht van de praktische gang van zaken van exposure en responspreventie bij volwassen patiënten. Hoogduin (1986) beschrijft de principes van zelfcontrole bij de uitvoering van exposure en responspreventie, en strategieën uit de directieve therapie ter bevordering van de motivatie. De hieronder volgende beschrijving van het behandelprogramma is voor

een belangrijk deel gebaseerd op deze geschriften, met aanpassingen en uitbreidingen voor kinderen en adolescenten.

4.5.1 Dwanghandelingen en vermijding

Van alle verschillende dwangrituelen en van al het vermijdingsgedrag wordt een exposure- en responspreventieopdracht gemaakt. Hierbij kan gebruikt gemaakt worden van kleine harde (systeem) kaartjes. Per kaartje wordt een exposure- en responspreventieopdracht beschreven. Zo kunnen voor een patiënt die 's avonds zijn hele kamer controleert de kaartjes luiden: 'Bij het naar bed gaan, de gordijnen niet meer controleren', 'bij het naar bed gaan de stoel voor mijn bureau niet meer rechtzetten'. De therapeut zorgt ervoor dat er zowel makkelijke als moeilijke opdrachten zijn. Het laatste levert meestal niet zoveel problemen op. Voor de makkelijke exposure- en responspreventieopdrachten moeten de dwangrituelen soms in kleinere stapjes verminderd worden, waardoor het nieuw te oefenen gedrag bij de eerste stappen nog steeds dwangmatig is. Als een controleritueel uit verschillende stappen bestaat (eerst de deur twee keer controleren, daarna van drie verschillende kanten onder het bed kijken, vervolgens de ramen controleren en daarna geruststelling vragen) kan de eerste stap zijn de deur nog maar één keer controleren, terwijl alles verder hetzelfde blijft. Pas weken later kan het kaartje waarop staat 'Bij het naar bed gaan niets meer controleren' aan bod zijn. De kaartjes worden gemaakt in aanwezigheid en het liefst ook in samenwerking met de patiënt en eventueel de ouders.

Als er een behoorlijke stapel kaartjes is gemaakt wordt het kind gevraagd ze in te delen in makkelijk en moeilijk of een beetje moeilijk en heel erg moeilijk. De moeilijkste kaartjes worden voorlopig opgeborgen. De overgebleven kaartjes moeten nu in volgorde worden gelegd, van makkelijk naar moeilijk. Hierna worden meestal de makkelijkste kaartjes als oefening mee naar huis gegeven. Tijdens de therapiezitting wordt besproken wat het eerste geoefend gaat worden. Meestal is de makkelijkste exposure- en responspreventie-oefening de eerste opdracht. Soms is de last die het kind of de overige gezinsleden van bepaalde dwangrituelen hebben een doorslaggevend argument voor de keuze. Afsgesproken wordt hoe en wanneer er geoefend gaat worden. De therapeut benadrukt dat het niet uitvoeren van de dwangrituelen erg moeilijk kan zijn en veel angst kan oproepen. De therapeut benadrukt hoe belangrijk het is juist dan vol te houden en het nare bange gevoel te verdragen. Hij/zij vertelt dat de angst altijd weer

minder wordt na verloop van tijd en dat het de volgende keer misschien al makkelijker is om de dwangrituelen niet uit te voeren.

Bij jongere kinderen worden de ouders bij het oefenen ingeschakeld. Zij helpen hun kind herinneren aan de afspraken en zijn bij de oefeningen aanwezig. Oudere kinderen doen de oefeningen zelfstandig of melden later de ouders dat zij het hebben gedaan. Het uitvoeren van de oefeningen kan geregistreerd worden op een meegegeven registratieformulier.

Het is van belang in het begin niet te veel en niet te moeilijke oefeningen mee te geven. Het gevaar dat het uitvoeren van de therapieopdrachten een mislukking wordt, moet zoveel mogelijk vermeden worden. Daarom kan de therapeut in het begin beter een kleine of zelfs belachelijk kleine opdracht mee naar huis geven. De belangrijkste functie van die eerste opdrachten is niet zozeer het exposure-element als wel het leren van de metaregel van de therapie dat eenmaal overeengekomen exposure en responspreventieoefeningen ook worden uitgevoerd. De regel 'wat we hier afspreken doe je ook' is makkelijker aan te leren met afspraken die uit te voeren zijn, dan met afspraken die daarvoor eigenlijk nog te moeilijk zijn. De therapeut kan deze metaregel natuurlijk bespreken. Pas echt duidelijk zal deze regel worden als er uitvoerig wordt stilgestaan bij niet uitgevoerde opdrachten, gevraagd wordt naar het waarom, nagegaan wordt of ze wellicht te moeilijk waren en tenslotte de opdrachten opnieuw worden gegeven.

In het vervolg van de behandeling wordt de lijst van dwanghandelingen en vermijding stap voor stap afgewerkt. Van belang is dat de eerder afgesproken responspreventie-oefeningen steeds herhaald blijven worden. Meestal betreft dit handelingen die in het normale leven voortdurend voorkomen, zodat het geregeld oefenen geen enkel probleem is. De exposure oefening voor de dwanghandeling 'deurposten niet meer expres aanraken bij binnenkomen' bijvoorbeeld, blijft eenmaal afgesproken, voor de rest van de tijd van kracht. Ook in de weken waarin steeds weer nieuwe exposure- en responspreventie-oefeningen worden toegevoegd blijft de patiënt zonder aanraken van de deurposten de kamer binnen komen.

4.5.2 Dwanggedachten

Ook als patiënten vooral last hebben van obsessies wordt exposure toegepast. De dwanggedachten worden opgeroepen, waarbij er geen rituelen mogen

worden gebruikt om de angst, die dit veroorzaakt, te neutraliseren. De patiënt moet tijdens de therapiezitting, dan wel thuis op afgesproken tijden, de gedachten laten opkomen zonder te proberen deze weg te krijgen. Het uitvoeren van (cognitieve) rituelen of afleiding zoeken is verboden. Van belang is een onderscheid te maken tussen dwanggedachten die angst veroorzaken en gedachten die angstreducerend werken. Deze laatste kunnen worden opgevat als cognitieve rituelen. De gedachten die angst teweegbrengen moeten worden opgeroepen. De cognitieve rituelen moeten achterwege blijven.

Salkovskis en Westbrook (1989) beschrijven vier patiënten die allen verbeterden door wat zij noemen 'revised habituation training'. Hierbij luisteren de patiënten naar de dwanggedachten die zij zelf op de band hebben ingesproken. In lang niet alle gevallen is het mogelijk deze procedure toe te passen. De obsessies zijn soms zo akelig dat, alle rationele verklaringen ten spijt, het kind het niet voor elkaar krijgt ze ook nog eens op te roepen of er te angstig van wordt. Als de obsessies erg veel angst oproepen, kan in eerste instantie de aandacht gericht worden op het leren van copingstrategieën. Bij oudere kinderen kan een cognitieve techniek worden toegepast. Getracht kan worden de interpretatie of appreciatie van de dwanggedachte te veranderen, door ofwel de reden ervan te bespreken of er een andere betekenis aan te geven. De dwanggedachte 'mijn moeder gaat dood' kan bijvoorbeeld met kind getoetst worden op zijn waarschijnlijkheid. Is je moeder ziek?, hoe vaak gaan mensen die helemaal niet ziek zijn zo maar dood? etc. Ook kan worden besproken wat die dwanggedachte betekent. Waarschijnlijk betekent de gedachte dat je veel van je moeder houdt en haar niet kwijt wilt. Het kind kan nu de opdracht krijgen de dwanggedachten te registreren en op hun waarschijnlijkheid te toetsen.

Voor sommige kinderen is deze methode te rationeel en te intellectueel. Een methode die vooral goed toepasbaar is bij obsessies, waarbij ook akelige beelden voorkomen, is de methode gebaseerd op de zogeheten 'dream substitution' of 'rehearsal met goede afloop'. Deze wordt beschreven door Eichelman (zie Van Linden van den Heuvell & Emmelkamp, 1987). Eichelman gebruikte de 'dream substitution' bij de behandeling van een patiënt met nachtmerries. De patiënt leerde in hypnose de nachtmerrie op te roepen en op het cruciale moment te veranderen in een prettiger beeld. Terwijl hij in zijn droom werd doodgeschoten, hoorde hij nu het schot, maar zag de kogel veranderen in een slagroomtaart die rechtsongekeert maakte en zijn belager in het gezicht trof. Op dezelfde manier

kunnen akelige obsessies opgeroepen worden en veranderd in een prettiger beeld (vergelijk De Haan & Verbraak, 1993).

Bij kinderen bij wie de angst niet zo op de voorgrond staat, is een methode waarin registratie en zelfbestraffing, ofwel de 'teveel-en-te-weinig methode' goed toepasbaar (vergelijk Hoogduin & Hoogduin, 1984). Hierbij worden de dwanggedachten geregistreerd. Bij overschrijding van een van te voren afgesproken maximum aantal, volgt er een 'straf' die met het kind samen wordt verzonden en vervelend maar wel nuttig is (zie ook 4.7.2).

Lucia is veertien jaar en heeft sinds een halfjaar last van akelige gedachten. Vooral wanneer ze niets te doen heeft komen de volgende gedachten in haar op: 'Ik wil mijn zusje vermoorden, het zou leuk zou zijn haar te vermoorden, als ze dood is krijg ik al haar spullen'. Om deze gedachten te neutraliseren voert ze rituelen uit. Lucia schaamt zich diep voor haar gedachten en heeft de rituelen die deze gedachten onschadelijk moeten maken dan ook altijd zo veel mogelijk verborgen. Tijdens de behandeling worden de dwangrituelen vrij makkelijk gestaakt. De dwanggedachten blijven hierna echter gewoon bestaan. Exposure, de dwanggedachten oproepen, durft Lucia niet. Cognitieve technieken spreken haar niet aan. Daarom worden er andere methoden gezocht om met de dwanggedachten om te gaan. Eerst wordt afleiding geprobeerd. Er wordt een lijstje gemaakt van alles wat ze zou kunnen gaan doen als de gedachten weer komen: tv kijken, iemand bellen, een ommetje maken, naar de tennisbaan, met de hond spelen, knutselen, muziek luisteren, een taart bakken. Het werkt niet. Lucia krijgt nog steeds de gedachten en zoekt geen afleiding. Dan wordt een 'straf' verzonden. Omdat ze nooit een boek leest en dit wel zou moeten doen voor school, staat er voor iedere dwanggedachte een halve bladzijde. Afgesproken wordt dat de halve bladzijde niet hoeft, wanneer Lucia in staat is de gedachte op tijd 'weg te sturen'. Bovendien zal ze haar moeder steeds vertellen wanneer ze weer last heeft van gedachten. Deze kan haar dan helpen herinneren aan de tijdens de therapiezitting gemaakte afspraken. Lucia zal het niet plezierig vinden de gedachten aan haar moeder te melden. Dit werkt. De gedachten worden minder en Lucia vrolijker. Waar zij eerder niet toe in staat was, blijkt nu wel te kunnen. Wanneer er een gedachte opkomt, schudt ze deze makkelijk van zich af, of stuurt haar weg, zoals ze zelf zegt. Afleiding helpt niet, iets vervelends kunnen ontlopen kennelijk wel. Een lange boekenlijst heeft deze therapie niet opgeleverd.

4.6 De rol van ouders en andere gezinsleden

Patiënten worden door hun omgeving niet altijd gezien als een slachtoffer van de dwangproblemen. Hun gedrag wordt vaak beschouwd als ergerlijk en vervelend. Het onvrijwillige karakter van de dwangstoornis wordt niet onderkend. In zo'n sfeer is het zonder meer toepassen van de gedragstherapeutische principes niet mogelijk. De exposure- en responspreventie-oefeningen kunnen al snel gezien worden als een ingewikkelde manier om hetzelfde te zeggen wat de ouders en anderen ook steeds zeggen: 'Houd op met dat rare gedoe', of 'Doe eens wat meer je best'. Het is duidelijk dat in dergelijke gevallen er een eerherstel van het kind moet plaatsvinden, voordat er kan worden overgegaan op de exposure- en responspreventieoefeningen. Ook dan is een herinterpretatie van de dwangproblemen op haar plaats.

Jeroen, zestien jaar, telt de hele dag bij vrijwel alles wat hij doet. Wanneer hij bijv. de deur door komt doet hij deze driemaal dicht. Als hij gaat zitten moet hij een vast aantal keren de zitting van de stoel aanraken. Woorden aan het eind van een zin moeten een paar maal worden overgelezen. Er is een systeem bij van goede en slechte getallen. De slechte getallen dienen te worden vermeden, en met de goede moet alles worden afgehandeld. Een getal blijft nooit lang goed of slecht. Goede getallen kunnen slecht worden wanneer tijdens het gebruik ervan iets vervelends gebeurde, of iets niet goed ging. Als tijdens het gebruik van het goede getal acht iemand een ruzieachtige opmerking maakt bijvoorbeeld, wordt acht een slecht getal en moet voortaan vermeden worden. Waarschijnlijk wordt dan negen of tien het nieuwe goede getal. Dit gaat zo door tot twaalf is bereikt. Daarna beginnen de goede getallen weer bij twee of drie. Een slecht getal wordt met het verstrijken van de tijd en met het ontstaan van nieuwe slechte getallen steeds minder slecht, zodat het op het laatst ook weer een goed getal kan worden.

Anders dan de meeste kinderen van zijn leeftijd weet Jeroen heel goed waarom hij zijn dwangrituelen uitvoert. Zijn ingewikkeld telsysteem heeft te maken met angsten. Achter ieder slecht getal – soms zijn er twee of drie slechte getallen tegelijk – zit een angst. Achter het getal vijf bijv. zit de angst dat het niet goed gaat met zijn moeder. Andere angsten zijn: de angst voor de dood, angst dat het niet goed gaat op school, angst voor ruzie, en de zogeheten wereldangst. De wereldangst is de angst die hij voelde toen hij zich realiseerde hoe klein de aarde was in het heelal en met welke vaart hij daar doorheen vloog. Ook de oneindigheid van

het heelal en de gedachte dat het leven op aarde ooit zou eindigen horen bij de wereldangst.

Jeroen voelt zich rustig als hij slechte getallen kan vermijden en activiteiten met een goed getal kan afhandelen. Hij is er echter van overtuigd dat hij met zijn getallensysteem geen rampen kan afwenden of goede gebeurtenissen kan bespoedigen. Er wordt uitvoerig gepraat over het waarom van de rituelen. Niemand, ook Jeroen zelf niet, begrijpt waarom hij die vreemde rituelen moet uitvoeren. Hij vecht met de ongerijmdheid dat de tellingen hem van zijn angsten af helpen, hoewel hij heel goed weet dat hij met zijn getal geen invloed kan uitoefenen op de loop der dingen. Hij weet dat het geen zin heeft om te tellen, maar toch wordt hij angstig en ongelukkig als hij het niet zou doen. Als oplossing voor dit probleem wordt hem gesuggereerd dat hij met zijn tellen weliswaar geen rampen kan voorkomen, maar wel de gedachten aan mogelijke rampen. Hij vindt het niet prettig eraan te denken dat het misschien wel eens niet goed gaat met zijn moeder, of dat mensen dood gaan, of dat de wereld ooit ophoudt met bestaan. Om er voor te zorgen dat hij aan deze akelige mogelijkheden niet meer hoeft te denken, heeft hij ze gekoppeld aan een getal dat hij daarna mijdt. De therapeut vertelt hem dat het een prachtig systeem lijkt, dat geluk garandeert: koppel alle gedachten aan akelige dingen aan een paar getallen en gebruik die getallen nooit meer. Op die manier zouden niemand ooit meer zorgen behoeven te hebben. Alle zorgen zijn immers veilig opgeborgen bij de slechte getallen. Jeroen is het eens met deze verklaring. Hij voegt er zelf aan toe dat het systeem niet werkt omdat hij juist voortdurend bezig is met het vermijden van verkeerde getallen en daarom extra vaak herinnerd wordt aan mogelijke akelige gebeurtenissen. Hij denkt er juist vaker aan, zegt hij terwijl hij aan de andere kant zichzelf nooit de kans geeft er eens goed over na te denken. Jeroen krijgt de opdracht zijn angsten niet meer weg te stoppen, maar juist uit te denken of uit te schrijven, omdat hij moet leren nadenken over zijn angsten.

De verklaring voor zijn rituelen is door de familie van Jeroen met grote oplichting ontvangen. Waarschijnlijk hadden ze toch wel eens stiekem gedacht dat hij een beetje gek was. Nu ze weten dat het komt omdat hij nog te weinig over de belangrijke dingen van het leven heeft nagedacht, is hij weer een wat normalere jongen geworden. Bovendien is leren nadenken over en omgaan met angsten is iets wat hen aanspreekt.

Kellerman (1981) beschrijft de behandeling van een twaalfjarige jongen met de dwanggedachte dat hij zijn moeder zou vermoorden. De jongen omschreef deze

gedachten als gevoelens. Hij hield veel van zijn moeder en raakte steeds overstuurd door zijn vreemde gevoelens. Hem werd verteld dat dit geen mysterieuze gevoelens waren, maar gewoon gedachten. De therapeut legde hem uit dat kinderen dit soort gedachten vaker hebben, juist over mensen van wie ze veel houden. Bij nadere analyse bleek dat de jongen vooral last had van het feit dat hij geen enkele controle had over zijn gedachten. Het probleem kon toen worden omschreven als een gebrek aan controle over sommige gedachten. Voor de oplossing van dat probleem bestaan goede methoden, vertelde de therapeut de jongen. Deze methoden wilden de jongen graag leren (de therapeut gebruikte een combinatie van exposu- re en gedachtenstop).

Een kind of adolescent met een dwangstoornis heeft deze klachten meestal niet alleen. Vooral ouders, maar soms ook overige gezinsleden worden bij de problemen betrokken. Zij moeten controles uitvoeren of handelingen overnemen om controles te vermijden, zij moeten antwoord geven op vragen, zij moeten geduldig wachten tot de dwangrituelen uitgevoerd zijn, enzovoort. Vaak hebben zij op allerlei mogelijke manieren al geprobeerd het dwangmatig gedrag van hun kind te beïnvloeden. Het komt nog al eens voor dat de relaties in het gezin verstoord zijn geraakt. Uitleg over het onvrijwillig karakter van een dwangstoornis en het vooruitzicht dat er verandering komt in de situatie is vaak voldoende om rust en medewerking te verkrijgen. Ook helpt het om eerst die rituelen aan te pakken waarmee de meeste irritaties en ruzies worden veroorzaakt.

Een jongen van zeventien jaar kon pas eten als hij alle gedachten in zijn hoofd had uitgedacht. Soms overviel hem midden in een hap wederom een gedachte. Hij moest dan het eten weer uitspugen om eerst de gedachte naar behoren te kunnen uitdenken. Op zijn bord verschenen in de loop van de maaltijd een serie uitgespuugde hapjes eten, duidelijk zichtbaar voor de rest van de gezinsleden. Wanneer zijn zusje hier haar afkeer over uitsprak kreeg ze de wind van voren en was er een grote ruzie. Het niet meer uitdenken van gedachten tijdens het eten werd, met instemming van iedereen, als eerste behandeldeel gekozen.

Alleen al vanwege de betrokkenheid bij het dwanggedrag is het verstandig de ouders bij de behandeling te betrekken. Zij horen de verklaring van de behandeling en zijn op de hoogte van de huiswerkopdrachten. Soms is hun daadwerkelijke hulp en steun nodig. Jonge kinderen kunnen zij helpen bij het uitvoeren van de opdrachten. Oudere kunnen zij eraan helpen herinneren. Bij het begin van de

behandeling vragen ouders nog al eens hoe hun houding moet zijn tegenover de dwangrituelen. Moeten zij aan alles toegeven of moeten zij van nu af aan hun medewerking weigeren. Meestal hebben ouders voor de behandeling een manier gevonden om, zo goed en zo kwaad als het gaat, met de dwangrituelen om te gaan. Zij werken in min of meerdere mate mee, weigeren hun medewerking als het te gek wordt en hebben hier geregeld conflicten over of gaan deze juist zoveel mogelijk uit de weg. Bij de inventarisatie van de dwangklachten moet ook de reactie van ouders en overige gezinsleden worden vastgelegd. Bij de start van de behandeling is de situatie zoals deze is het uitgangspunt. Als ouders helpen bij de rituelen, blijft dat voorlopig zo. Nagegaan moet worden in hoeverre de ouders en andere gezinsleden nog in staat zijn de situatie zoals deze is te verdragen. De ervaring leert dat met het uitzicht op verandering de meeste ouders hier toe in staat zijn. In die gevallen waarin er vaak grote ruzies zijn vanwege het dwanggedrag kan besproken worden aan welke dwangrituelen zonder al te grote problemen kan worden toegegeven, zodat het thuis rustiger wordt en er een prettiger situatie ontstaat. Het is van belang de ouders duidelijk te maken dat tijdelijk toegeven aan de dwangrituelen in het kader van de therapie geen verergering van de problematiek met zich mee zal brengen. Veranderingen kunnen alleen bereikt worden met instemming en actieve betrokkenheid van het kind of adolescent. Vermindering van de strijd thuis zal hiertoe bijdragen.

Informatie van de ouders over het gedrag van hun kind thuis kan nodig zijn. Kinderen, ook de oudere, zijn nogal eens te optimistisch over het verloop van de behandeling. Hun informatie over de gang van zaken van de afgelopen week zegt vaak meer iets over de wenselijkheid dan over de werkelijkheid. Het verslag van ouders kan de wat al te optimistische weergave van hun kind reëler maken. Het is niet altijd nodig dat ouders dit steeds in eigen persoon komen vertellen. Ook de vraag 'Vindt je moeder ook dat het fantastisch is gegaan?' levert vaak bruikbare informatie op. Als ouders en patiënt erg verschillen in hun opvattingen over de frequentie van het dwanggedrag kan aan beiden gevraagd worden te registreren. De registratieverschillen kunnen vervolgens tijdens de volgende therapiezitting besproken worden.

Tijdens de zitting vertelt Peter meestal opgewekt dat het uitstekend is gegaan en adstrueert dit met fantastische scores op computervelletjes. Zijn moeder, die bij de gesprekken aanwezig is, bestrijdt dit. Peter verdedigt zijn zaak met verve. Wan-

neer zijn moeder voorbeelden geeft van dwangrituelen, geeft hij een voorstelling van verbazing en plezier om haar vergissing. Hij kijkt haar verbaasd aan, uit een soort gehinnik, draait in zijn stoel van het lachen en slaat op zijn knieën. Voor iedere, door haar genoemde, dwanghandeling geeft hij een verklaring die kant noch wal raakt, wat hijzelf heel goed weet. Omdat zijn moeder niet beledigd is door zijn gedrag en er integendeel ook weer hartelijk om moet lachen, besluit de therapeut het spelletje mee te spelen. Hij beklaagt Peter uitvoerig dat hij zo'n domme moeder heeft. Daarna vraagt hij Peter of hij zijn moeder niet wat tegemoet kan komen en haar duidelijker kan later zien dat hij geen dwanghandelingen meer uitvoert. Zijn moeder krijgt de opdracht op dezelfde wijze als Peter de dwanghandelingen die zij nog ziet te registreren. Iedere onenigheid over de hoogte van de scores levert nu een argument op om Peter te vragen zijn moeder de komende week nog duidelijker te maken dat hij geen dwanghandelingen meer heeft.

Niet altijd is het mogelijk de ouders bij de behandeling te betrekken. Wanneer de relaties ernstig verstoord zijn of ouders het vertrouwen in de mogelijkheden van hun kind niet meer kunnen opbrengen of hun het principe van de behandeling niet duidelijk gemaakt kan worden, is het beter elders hulp te zoeken (vergelijk. ook Harris & Wiebe, 1992).

Een zestienjarige jongen krijgt een jaar nadat zijn vader overleed een ernstige dwangstoornis. Uit angst anderen te bevuilden wast hij zich voortdurend. Hij raakt zo min mogelijk voorwerpen aan en zorgt ervoor dat niemand zijn spullen aanraakt. Zo heeft hij een eigen stoel, eigen bestek, en zelfs eigen dobbelstenen wanneer de familie een spelletje doet. Hij gaat tenslotte niet meer naar school en ligt veel op bed om aanrakingen te vermijden. Hij wordt in eerste instantie ambulant behandeld, wat mislukt. Het nut van de behandeling ziet hij niet in. Ook zijn moeder kan weinig vertrouwen in de goede afloop opbrengen. Zij ziet deze ziekte als de volgende ramp die haar overkomt, na de dood van haar echtgenoot. In tweede instantie wordt de behandeling klinisch uitgevoerd. Hier worden, na een moeilijke tijd, vorderingen geboekt. De therapeut, de verpleging en ook de jongen zelf zijn enthousiast. De enige die het somber in blijft zien is zijn moeder. Zij vindt dat haar zoon nog steeds erg ziek is, ondanks de vooruitgang die hij boekt. Ze steekt deze mening niet onder stoelen of banken. Grafieken met stijgende lijnen, kaartjes met oefeningen die al zijn afgewerkt worden onder haar blik waardeloze vodies papier. In haar ogen maken we ons nog steeds druk over niets, juichen we over onbelangrijke stapjes voorwaarts, terwijl het echte probleem nog steeds levensgroot

aanwezig is. Op de jongen heeft dit pessimisme veel invloed. Hij komt vaak gedeprimeerd van weekenden terug. Er is van alles geprobeerd zijn moeder tot andere gedachten te brengen – uitleg over dwangstoornissen, informatie over de goed verlopen behandeling van anderen patiënten, verwijzingen naar onze deskundigheid en ervaring – maar niets helpt. Ze zegt niet veel, maar kijkt ons aan, en na verloop van tijd horen we ons zelf praten. We gooien het over een andere boeg en vragen haar rechtstreeks niet meer zo pessimistisch te zijn. We leggen haar uit dat hij daar niet beter van wordt ook al heeft ze misschien gelijk. Maar zij is niet iemand die ooit de zaken mooier zal voorstellen dan ze zijn. Ze houdt niet van leugentjes om bestwil. Aan deze vraag kan ze dan ook nauwelijks voldoen. Dan besluiten we dat we dit probleem niet kunnen oplossen. Hij zal steun en bemoediging van anderen dan zijn moeder moeten krijgen. Pas tegen het einde van de behandeling, als haar zoon allang weer naar school gaat en zich gedraagt als een weliswaar keurig schone, maar toch normale jongen, kan zij geloven dat het allemaal weer goed komt.

4.7 Motiveren

Het is inmiddels wel duidelijk dat het kind actief betrokken moet worden bij het therapieproces. Hiermee wordt voorkomen dat het uitvoeren van de verschillende exposure- en responspreventie-oefeningen een zaak van de therapeut wordt, waar het kind al of niet aan mee kan doen. Als vuistregel kan gesteld worden dat zonder de medewerking en instemming van het kind of de adolescent niet aan de exposure- en responspreventieopdrachten begonnen kan worden. Als die instemming nog niet bereikt is zullen daar eerst één of meer zittingen aan gewijd moeten worden. De therapeut probeert de therapiezittingen in een vrolijke, positieve sfeer te laten verlopen. Hij/zij benadrukt wat goed is gegaan, toont waardering voor zelfs de geringste inspanning en heeft ook belangstelling voor de andere aspecten van het leven van het kind of adolescent.

Bij de verschillende onderdelen van de behandeling zijn er specifieke mogelijkheden om de betrokkenheid en het plezier in de behandeling te vergroten. Deze worden hieronder besproken.

4.7.1 Registratie opdrachten

Vanaf de eerste zitting krijgt de patiënt de opdracht de frequentie van de dwangrituelen of de obsessies te registreren. Het doel van deze registratie is drieledig.

Met de dagelijkse registratie van de dwangrituelen wordt een goed beeld verkregen van het beloop. Het zichtbaar maken van de ernst van de problemen en vooral van de afname hiervan, werkt motiverend. Het dagelijks registreren van de dwangrituelen zorgt ervoor dat de patiënt zich voortdurend bewust is van de pogingen die hij onderneemt om van zijn problemen af te raken. Het intensificeert de therapie. Voor de registratie kan het meest voorkomende of het meest in het oog springende dwangritueel gekozen worden. Als een dwangritueel bestaat uit een hele serie handelingen (zoals bijvoorbeeld rituelen bij het naar bed gaan, aan- en uitkleedrituelen) is het beter de tijd die de betreffende handelingen in beslag nemen te registreren. Met een golf teller of stappenteller kan frequentie eenvoudig worden geregistreerd. Voor de meeste kinderen en adolescenten wordt het registreren hiermee een stuk aantrekkelijker. De resultaten van de registratie kunnen tijdens de zitting in een grafiek worden gezet. Ook kan gevraagd worden een computerprogramma te maken voor de resultaten van het geregistreerde.

Jeroen, de jongen die de hele dag telt bij alles wat hij doet, krijgt een zogeheten golf teller mee naar huis. Iedere keer dat hij telt is een druk op de knop, waarmee het tellen zelf ook weer geteld wordt. Omdat de grafiek de eerste keer iets te optimistisch ingedeeld is – de maximum score op de grafiek is bij lange na niet het maximum dat Jeroen soms bereikt – passen zijn scores niet op de grafiek. De therapeut schrijft ze er boven, met het voornemen een nieuwe grafiek te maken of er nog een grafiekpapiertje boven te plakken. Dit blijft echter bij een voornemen. Wanneer blijkt dat Jeroen het 'passen op de grafiek' opvat als een na te streven doel, wordt het voornemen helemaal afgeschaft. Als de scores weer weken later eindelijk zo laag zijn, dat ze op de grafiek kunnen worden aangetekend, is dit een vreugdevol moment.

4.7.2 Straffen en belonen, de te-veel-en-te-weinig-methode

Kinderen en vooral adolescenten zijn vaak niet erg trouw in het uitvoeren van de therapieopdrachten. Dit betekent niet dat er een gebrek aan motivatie is, het hoort bij hun normale gedragsrepertoire. De therapeut dient geduld te hebben en creatief te zijn in het vinden van manieren om de patiënt zover te krijgen dat hij doet wat nodig is. De principes van belonen en straffen kunnen worden toegepast. Oefeningen doen, bijvoorbeeld, levert een beloning op. Dit is vooral effectief bij jongere kinderen. De exposure- en responspreventie oefeningen worden bij voorkeur samen met één van de ouders gedaan. Er kunnen afspraken

gemaakt worden over het tijdstip waarop dit gebeurt. Bovendien kan besproken worden wat de beloning is die op dit oefenen volgt, zoals bijvoorbeeld iets lekkers eten of drinken, voorlezen, een spelletje doen of meer materiële beloningen.

Soms wordt er een vorm van straf toegepast. Dit is een nogal speciale manier van straffen, omdat de patiënt de straf zelf bedenkt en omdat deze straf, hoe onplezierig ook, altijd ook nog tot iets goeds leidt voor de betrokkene zelf of voor mensen uit de omgeving. Voorbeelden zijn: een brief schrijven naar oma, extra sommen maken, huishoudelijke taken doen, eigen kamer opruimen enzovoort. Nadat therapeut en patiënt hebben afgesproken welke exposueroefeningen zullen worden gedaan, zijn ook de mogelijke straffen of consequenties voor het niet uitvoeren van de oefeningen onderwerp van gesprek. Het kind zelf kiest de straf die hem het beste lijkt (vergelijk Hoogduin & Hoogduin, 1984). Niet iedere 'straf' is even effectief. Soms is het even zoeken naar een consequentie die echt invloed heeft.

Peter, veertien jaar, is al enige tijd in behandeling. Zijn dwangrituelen bestaan uit het herhalen van een allerlei handelingen. Deze dwangrituelen worden niet meer gevoed door een hevige angst. Zij zijn een gewoonte geworden, die hij kan opgeven wanneer hij zich erop concentreert. Dit laatste brengt hij echter vaak niet op. Het lijkt erop alsof veel dwangrituelen uit een soort onverschilligheid toch nog plaatsvinden. Om hem te helpen die concentratie op te brengen worden straffen ingevoerd. Met hem wordt afgesproken hoeveel herhalingen er per dag nog zijn toegestaan. Iedere herhaling daarboven is een strafpunt die goed gemaakt moet worden door een vervelende maar nuttige activiteit. In eerste instantie zijn dit huishoudelijke activiteiten, waarmee Peter zich meestal nooit bemoeit. Het heeft weinig invloed. Soms voert hij zijn straffen uit, soms niet. Het aantal herhalingen verandert er niet door. Er komt pas echt verandering wanneer niet naar de tv kijken als straf wordt ingevoerd. Er moet langdurig onderhandeld worden over de tijd van het verbod per strafpunt, en Peter weet thuis door handige berekeningen zijn straf nog wel eens te ontlopen, maar het werkt. Tv kijken is zijn lust en zijn leven, daarvoor kan hij de concentratie opbrengen om de meeste dwangrituelen achterwege te laten.

Het afspraken maken over een maximum aantal dwanghandelingen kan op zichzelf al een motiverende invloed hebben. Voor sommigen is zo'n afspraak een

uitdaging en daarmee een extra stimulans om minder dwanghandelingen uit te voeren.

Jeroen, de jongen die telt bij alles wat hij doet, registreert het aantal tellingen per dag. Iedere week wordt het gemiddelde berekend en dit wordt in een grafiek gezet. Wanneer de lijn op de grafiek niet voldoende meer daalt, opent de therapeut het gesprek over de mogelijkheid van een maximum aantal tellingen per dag. Jeroen telt op een dag gemiddeld nog 400 keer. Hij stelt een maximum voor van 350 per dag. Als straf voor het geval hij dit maximum overschrijdt verzint hij: hardlopen als hij tussen de 350 en de 450 zit, en alleen afwassen wanneer hij meer dan 450 keer op een dag heeft geteld. Dit werkt. In gesprekken met hem lijken de tellingen vaak bittere noodzaak, waartegen geen enkele afspraak opgewassen is. In de week na de afspraak over het maximum aantal tellingen, is hij slechts twee keer boven de 350 gekomen. Een eenvoudige limiet doet meer dan de therapeut in urenlange gesprek voor elkaar kreeg. Het is niet de dreiging van hardlopen of afwassen die Jeroen ertoe brengt minder te tellen, maar slechts het idee dat hij de grens nadert. Zolang de golfsteller nog in de lage getallen zit, telt hij voluit. De afgesproken limiet is voor hem een magische grens waardoor het makkelijker is de tellingen na te laten.

4.7.3 ‘Droog’ oefenen

Een manier om de responspreventie opdrachten makkelijker te maken is het zogeheten droog oefenen. In plaats van de rituelen niet meer uit te voeren op het daartoe geschikte moment, wordt nu een aparte oefensituatie gemaakt. De deur in één keer dichtdoen zonder te controleren, zonder echt weg te gaan bijvoorbeeld.

Henk heeft een groot aantal dwangrituelen bij het aan- en uitkleden. Er is een vaste volgorde en bovendien moet hij het aan- en uittrekken van de kleren vaak herhalen voordat hij het gevoel heeft dat het goed is. Opdrachten om dit thuis bij het naar bed gaan en het opstaan te oefenen zonder dwangrituelen mislukken. Henk voert geen enkele opdracht, hoe klein ook, uit. We besluiten de eerste opdracht – het aan- en uittrekken van de schoenen zonder rituelen – tijdens de zitting te oefenen. Natuurlijk kan Henk op de kamer van de therapeut zonder één dwanghandeling zijn schoenen aan- en uittrekken. Het oefenen is steeds een vrolijke gebeurtenis. Henk maakt veel grapjes, en het is duidelijk dat hij liever dit soort dingen doet dan praten over de vraag waarom hij zijn opdrachten thuis niet uit-

voert. Hij krijgt de opdracht op dezelfde manier 'droog' thuis te oefenen. Op tijden die daarvoor niet geschikt zijn, moet hij met zijn vader of moeder naar boven om te oefenen in het uittrekken van verschillende kledingstukken. Ook thuis levert het 'droog' oefenen veel plezier op. Later kunnen we het oefentijdstip langzaam verschuiven naar normale aan- en uitkleedtijden.

4.7.4 Het puntenprogramma

Een andere methode om exposure- en responspreventie-oefeningen af te spreken is volgens het zogeheten puntenprogramma. Aan de verschillende oefeningen uit het exposure- en responspreventieprogramma worden punten toegekend naar gelang de graad van moeilijkheid. De moeilijkste oefeningen krijgen bijvoorbeeld 80 tot 100 punten waar een makkelijke oefening slechts 10 punten oplevert. Met het kind worden nu slechts afspraken gemaakt over het aantal punten dat per week gehaald gaat worden. Het kind kan dan zelf besluiten of hij/zij deze punten haalt met vaak iets moeilijks te doen dan wel slechts een paar keer iets moeilijks (De Haan e.a., 1985).

4.7.5 Tenslotte

Gebrek aan motivatie is een veel gehoorde verklaring voor het mislukken van een behandeling. De patiënt wil eigenlijk niet van zijn klachten af, veronderstelt de therapeut, en staakt zijn bemoeienis. Geringe medewerking aan het behandelprogramma zegt echter vaak meer over de intensiteit van het probleem dan over de wens hiervan bevrijd te zijn. De stagnatie in de therapie kan ook liggen aan een gebrek aan vaardigheden van de therapeut om andere wegen te bewandelen om de samenwerking te verbeteren. Een aantal van die wegen zijn hierboven beschreven. De houding van therapeuten tegenover de patiënt en de ouders is van belang. Zij moeten bereid zijn tot langdurige onderhandelingen over exposure- en responspreventie-oefeningen. Daarnaast moeten zij degenen zijn die de moeder in houden of zoals Bolton en Turner (1984) over de therapeut schrijven: 'He has to have a attitude of a continual expression of sympathy and concern stressing the longterm benefits and reassuring that the distress would eventually pass away.'

5 MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

5.1 Inleiding

Het onderzoek naar de resultaten van medicamenteuze behandeling van dwangstoornissen bij kinderen en adolescenten is niet zeer uitgebreid. In 1980 verscheen het eerste gecontroleerde onderzoek, gevolgd door vijf gecontroleerde en drie open studies. Uit onderzoek bij volwassen patiënten is bekend dat serotonerge antidepressiva en het antidepressivum clomipramine (Anafranil®), dat zowel een serotonerge als een noradrenerge werking heeft, effectief zijn bij de behandeling van angststoornissen waaronder de dwangstoornis. Dit in tegenstelling tot de noradrenerge antidepressiva (Van Balkom e.a., 1994). Het zijn ook deze middelen die bij kinderen en adolescenten worden onderzocht. Er zijn vijf gecontroleerde studies met clomipramine en één met fluoxetine (Prozac®). Er zijn twee ongecontroleerde studies met fluoxetine en één met fluvoxamine (Fevarin®). In dit hoofdstuk worden de resultaten van de gecontroleerde en ongecontroleerde studies beschreven. De gegevens over bijwerkingen worden besproken, in het bijzonder de publicaties over suïcidaliteit en agressief gedrag.

5.2 Gecontroleerde studies

Clomipramine

In het eerste onderzoek met chlorimipramine, desmethyylimipramine (maximale dosis in beide condities 150 mg.) en placebo, in een cross-over-design, werd geen verschil tussen de condities gevonden. Er waren negen kinderen bij het onderzoek betrokken. De behandeling duurde drie tot vijf weken (Rapoport e.a. 1980). Dit onderzoek is de eerste van een serie, uitgevoerd op het Clinical Centre NIMH. Het is het enige waarin geen significante resultaten werden gevonden van het gebruik van een serotonerg/noradrenerg antidepressivum. De korte behandelduur heeft hierbij waarschijnlijk een rol gespeeld. Uit onderzoek bij volwassenen is bekend dat werking van antidepressiva bij een dwangstoornis pas na vijf tot tien weken duidelijk wordt (Moleman, 1992).

Flament e.a. (1985) deden het eerste grote placebogecontroleerde onderzoek met clomipramine (Anafranil®). De dosis was 3 mg per kilo lichaamsgewicht met een maximum van 200 mg. Van de 23 kinderen (6-18 jaar) die in het onderzoek werden toegelaten, vielen er vier af, twee vanwege bijwerkingen en gerin-

ge vooruitgang, twee om onduidelijke redenen. De studie had een cross-over design en duurde elf weken. Eén week werd gebruikt voor zogeheten baseline bepalingen. Alle kinderen werden die eerste week opgenomen. Veertien van de negentien kinderen bleven daarna opgenomen, vijf werden ambulant behandeld. Negen kinderen kregen eerst vijf weken clomipramine en vervolgens vijf weken een placebo, bij tien kinderen was de volgorde andersom. Clomipramine bleek significant effectiever dan placebo. Op de Obsessive-Compulsive Rating Scale, een vierpuntsschaal, bleken twee kinderen (10%) symptoomvrij, twaalf kinderen (62%) waren matig tot aanzienlijk verbeterd, twee (10%) waren enigszins verbeterd en bij drie kinderen (16%) was de dwangstoornis onveranderd. Gemiddeld was de verbetering op deze schaal 46%. Op de Leyton Obsessional Inventory- Child Version (LOI-CV) was de verbetering 51% tot 62%. Op maten voor depressie, angst en algemene symptomatologie werden geen significante verbeteringen gezien.

Leonard e.a. (1989) publiceerden de volgende studie van dezelfde onderzoeksgroep. Nu werd clomipramine (5 mg per kilo lichaamsgewicht, maximaal 250 mg) vergeleken met desipramine (Pertofan®), een niet-serotonerg antidepressivum. Er werd een cross-over-design toegepast. Het onderzoek betrof 48 kinderen en adolescenten (6-18 jaar). De patiënten kregen de eerste twee weken enkelblind placebomedicatie. Geen van de kinderen verbeterden in de placebo-conditie. Hierna werd gedurende tweemaal vijf weken clomipramine en desipramine gegeven. Clomipramine bleek significant betere resultaten te geven dan desipramine. Bij het veranderen van clomipramine naar desipramine kreeg 64% van de kinderen opnieuw klachten.

In het volgende onderzoek (Leonard e.a., 1991) werd clomipramine dubbelblind gesubstitueerd door desipramine bij 26 bij kinderen die al tenminste vier maanden clomipramine gebruikten en tenminste enige respons (10% of meer) op de medicatie vertoonden. De gehele groep kreeg eerst drie maanden clomipramine, daarna kreeg de helft desipramine en werd de clomipramine medicatie bij de andere helft voortgezet. De desipraminegroep had een significant grotere terugval vergeleken met de groep patiënten in de clomipramineconditie. In de desipramine groep kregen acht van de negen (89%) patiënten hun klachten terug, bij de clomipraminegroep twee van de elf (11%).

Hier is dus opnieuw aangetoond dat een antidepressivum met serotonerge werking effectiever is dan een niet serotonerg antidepressivum. De patiënten die

terugvielen kregen opnieuw clomipramine, waarna de eerder behaalde verbetering weer bereikt werd.

In 1992 werd een grote, placebo gecontroleerde studie naar het effect van clomipramine gepubliceerd (DeVaugh-Geiss e.a., 1992). Zestig kinderen van tien tot zeventien jaar uit vijf verschillende behandelcentra deden mee. Na twee weken enkelblind placebo medicatie, kregen 31 patiënten clomipramine (3 mg per kilo lichaamsgewicht met een maximum van 200 mg) en 29 een placebo. In de clomipramineconditie vielen vier patiënten uit, in de placeboconditie twee. De clomipraminegroep verbeterde significant meer dan de placebogroep. In dit onderzoek werd voor het eerst gebruik gemaakt van de bij volwassenen veel gebruikte Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS, Goodman e.a., 1989a; Goodman e.a., 1989b) in een kinderversie. Dit is een schaal die door de therapeut gescoord wordt, waarmee bij iedere therapiesessie de ernst van de dwangproblematiek gemeten wordt. De gemiddelde verbetering op de Y-BOCS was voor de clomipraminegroep 37%, van gemiddeld 27.1 bij de voormeting tot gemiddeld 17.1 bij nameting. Voor de placebogroep bedroeg de verbetering 8% (van 28.4 naar 26.1). Ook op de andere maten voor verbetering – NIMH Global, Physician's Global, Patient Self rating Scale – werden significante verbeteringen vastgesteld voor de clomipraminegroep. De placebogroep verbeterde op geen van deze maten significant. Er zijn geen gegevens over verbeteringen op maten voor angst depressie en algemene psychopathologie.

Fluoxetine

Er is één gecontroleerd onderzoek naar het effect van fluoxetine (Prozac®). Riddle e.a. (1992) behandelden veertien kinderen van 8.8 tot 15.6 jaar in een placebogecontroleerd cross-over-design. De dosis fluoxetine was 20 mg per dag. Acht patiënten vielen uit vanwege: non-compliance (1), geen vooruitgang of verslechtering bij placebo-medicatie (5), geen vooruitgang in beide condities (1) en suïcidaliteit in fluoxetine conditie (1). Er werd een significante vooruitgang op de Y-BOCS voor de fluoxetineconditie geconstateerd: een symptoomafname van 44%. Ook de kinderen die placebo's kregen verbeterden (afname van de symptomen met 27%), zij het niet significant. Er kon geen significant verschil tussen de placebo en de experimentele conditie worden vastgesteld, hetgeen niet verwonderlijk is gezien de geringe power van het onderzoek.

5.3 Open studies

Fluoxetine

In 1990 verschenen twee ongecontroleerde studies naar de werking van fluoxetine bij een kleine groep patiënten. Riddle e.a. (1990b) behandelden tien kinderen tussen acht en vijftien jaar met fluoxetine (20 - 40 mg). Op grond van scores op de Clinical Change Rating Scale en de Clinical Global Impression Scale for OCS konden vijf van de tien patiënten als responders worden beschouwd. Van deze vijf hadden drie ook een aanzienlijke afname op de Y-BOCS – van 30% tot 57%. Wanneer deze scores op de Y-BOCS als succescriterium worden genomen, was het aantal responders dus drie.

Liebowitz e.a. (1990) behandelden acht kinderen tussen twaalf en zeventien jaar met fluoxetine. Dit keer was de dosis aanzienlijk hoger: van 60 mg tot 80 mg per dag. Anders dan in de studie van Riddle e.a. (1990b) gebruikten deze kinderen geen andere medicatie. Vier van de acht patiënten konden beschouwd worden als responders. Zij hadden een reductie van 50% of meer van de tijd die aan de obsessies en de dwanghandelingen besteed werd.

Fluvoxamine

Naar het effect van fluvoxamine (Fevarin®) is één open studie gedaan. Apter e.a. (1994) behandelden veertien adolescenten tussen dertien en achttien jaar met een OCS. Zij waren allen opgenomen op een adolescentenunit van een Universitair psychiatrisch ziekenhuis in Israël (de veertien patiënten maakten deel uit van een grotere onderzoeksgroep, waarin ook patiënten met een depressieve stoornis ($n = 6$) waren opgenomen). De gemiddelde dosis fluvoxamine was 200 mg per dag (100-300 mg.). Na acht weken behandeling was er een significante afname in dwangsymptomen, gemeten op de Y-BOCS (van gemiddeld 28 naar gemiddeld 20.4). Zes patiënten verbeterden 30% of meer (30% tot 46%) op de Y-BOCS. Ondanks deze significante verbeteringen bleven alle patiënten nog in flinke mate last houden van de dwangsymptomen.

Andere medicatie

Tweemaal wordt over een gunstig effect van clonazepam (Rivotril®, een benzodiazepine) gerapporteerd, als monotherapie of toegevoegd aan fluoxetine (Ross & Piggott, 1993; Leonard e.a., 1994). Simeon e.a. (1990) rapporteren over het gunstig effect van de combinatie van chlorimipramine en fluoxetine bij zes adolescenten.

In de klinische praktijk is het niet ongebruikelijk een neurolepticum te geven, wanneer de dwanggedachten en dwanghandelingen slecht te beïnvloeden zijn of erg vreemd en wanneer gedacht wordt aan een schizotypische persoonlijkheidsstoornis of een ontwikkeling richting schizofrenie. Dit beleid wordt bij kinderen en adolescenten niet door onderzoeksgegevens ondersteund. Uit onderzoek bij volwassen patiënten blijkt echter een gunstig effect van toevoegen van haloperidol (Haldol®) bij nonresponders op fluvoxamine (Mc Dougle e.a., 1994) of een ander neurolepticum (pimozide (Orap®), thioridazine (Melleril®) of thiothixene (Navane®)) (McDougle e.a., 1990). Met name patiënten met een comorbide ticstoornis of een schizotypische persoonlijkheidsstoornis hadden baat bij de toevoeging van het neurolepticum (McDougle e.a., 1990; 1994).

5.4 Klinisch relevante verbetering

Uit het bovenbeschreven onderzoek wordt duidelijk dat serotonerge antidepressiva effectief kunnen zijn bij de behandeling van dwangstoornissen. Zowel vergeleken met placebo's als met een niet serotonerg antidepressivum worden significante verbeteringen geboekt. Dit betekent dat noch een algemeen therapie-effect verantwoordelijk is voor de verbetering noch een algemeen effect op angst en depressie, wat met een niet-serotonerg antidepressivum ook bereikt zou worden. Het percentage verbetering komt overeen met het percentage dat in onderzoek bij volwassenen wordt gevonden.

De vraag moet echter gesteld worden of de statistisch significante verbeteringen ook klinische significantie hebben. Vrijwel alle auteurs merken op dat ondanks de bereikte verbetering de meeste kinderen nog steeds last hebben van dwangsymptomatologie. In de drie studies waarbij de Y-BOCS werd gebruikt als effectmaat bleef de gemiddelde Y-BOCS score bij de nameting in de klinische range. (DeVeugh-Geiss e.a. (1992): gemiddelde Y-BOCS bij nameting = 17.1; Riddle, e.a. (1992) gemiddelde Y-BOCS bij nameting = 17.8; en Apter e.a. (1994) gemiddelde CY-BOCS bij nameting = 20.4). Uit het follow-up onderzoek blijkt dat de behaalde verbeteringen alleen blijven bestaan als de medicatie niet gestaakt wordt. Maar ook dan zijn er weinig kinderen klachtenvrij of vrijwel klachtenvrij. In geen van de onderzoeken is een maat voor klinisch significante verbetering gebruikt.

5.5 Follow-up resultaten

Over de resultaten van de serotonerge antidepressiva op langere termijn zijn slechts een paar onderzoeken bekend. Uit onderzoek bij volwassenen is duidelijk dat de behaalde effecten blijven bestaan op voorwaarde dat de medicatie niet gestaakt wordt (Pato e.a., 1988). Uit gegevens van onderzoek bij kinderen en adolescenten blijkt hetzelfde. Leonard e.a. (1993) vermelden de resultaten van een follow-up studie bij 54 kinderen, die ooit behandeld waren met clomipramine en daarna een verscheidenheid aan wat zij noemen 'interim' behandelingen hebben gekregen zoals: medicatie (96%), gedragstherapie (33%), individuele behandeling. Tachtig procent van de patiënten was verbeterd. Deze verbetering was echter niet groot: 23 (43%) voldeed nog steeds aan de criteria voor OCS. Bij de meesten van de overige 57% waren er nog steeds dwangsymptomen aanwezig. Slechts zes patiënten (11%) waren symptoomvrij. Van deze zes waren er drie die geen medicatie meer hadden. Van de totale groep gebruikte 70% nog steeds medicatie.

Het onderzoek van DeVaugh-Geiss e.a. (1992) werd voortgezet als een open studie. Hieraan deden 47 patiënten mee, waarvan 25 gedurende één heel jaar. Aan het einde van dat jaar was hun gemiddelde Y-BOCS score 9.5, vergeleken met 23 aan het begin van de behandeling. Alle patiënten bleven clomipramine gebruiken. Ook bij de open studie van Riddle e.a. (1990b) bleven de patiënten die baat hadden bij de medicijnen deze gebruiken. Eén patiënt kreeg een recidief toen na acht maanden de medicatie gestaakt werd. De klachten verdwenen bij het opnieuw instellen van de medicijnen.

5.6 Bijwerkingen

In de bovenbeschreven studies blijkt dat zowel clomipramine als fluoxetine als fluvoxamine in het algemeen goed wordt verdragen. Er worden bijwerkingen vermeld, die vooral in het begin optreden. Bij een relatief klein aantal kinderen moet de medicatie worden gestaakt vanwege die bijwerkingen. Met uitzondering van een aantal berichten over fluoxetine worden geen levensbedreigende bijwerkingen vermeld.

Clomipramine

In de drie studies met clomipramine (Flament e.a., 1985; Leonard e.a., 1989; DeVaugh-Geiss e.a. 1992) worden bijwerkingen genoemd die kenmerkend zijn

voor tricyclische antidepressiva: zweten, trillen, slaperigheid en (zelden) misselijkheid en overgeven. Eén patiënt uit het onderzoek van Flament e.a. (1985) kreeg een insult en twee acute dyskinesieën. In dit onderzoek vielen twee (van de 23) patiënten uit vanwege bijwerkingen (9%). In de studie van Leonard e.a. (1989) viel één patiënt (van de 48 patiënten) uit vanwege de bijwerkingen (2%) en in de studie van DeVeough-Geiss e.a. (1992) twee van de 31 patiënten (6%).

Alarcon e.a. (1991) beschrijven twee jongens (elf en veertien jaar) die onder invloed van clomipramine agressief en paranoïd werden. De elfjarige jongen werd na behandeling van drie weken met 75 mg clomipramine rusteloos, agressief en achterdochtig. De klachten waren zo hevig dat hij moest worden opgenomen. Bij verlagen van de dosis namen de agressiviteit en de achterdocht af, maar de dwangproblemen namen toe. Bij verhogen van de dosis draaide dit weer om. De jongen verbeterde tenslotte met een combinatie van fluoxetine en carbamazepine (Tegretol®). De veertienjarige jongen reageerde aanvankelijk goed op clomipramine. Na drie weken adequate dosis (200 mg), werd hij evenwel toenevend nerveus, geagiteerd en paranoïde. Ook hij moest worden opgenomen. Een verlaging van de dosis (100 mg) deed de klachten verdwijnen.

Fluoxetine

Als belangrijkste bijwerking van fluoxetine wordt genoemd: agitatie en rusteloosheid (Riddle e.a., 1990b; 1992; Geller e.a., 1995). Verder worden vermeld: slapeloosheid, slaperigheid, gewichtsverandering, verandering van eetlust, droge mond, hoofdpijn, spierkrampen, toename van angst, het krijgen van blauwe plekken, toename van tics, pulken aan de huid, en maagklachten. In het gecontroleerde onderzoek van Riddle e.a. (1992) viel één patiënt (van de elf) uit vanwege bijwerkingen (9%). In de open studie (Riddle e.a., 1990b) waren er geen uitvallers. In het open onderzoek van Liebowitz e.a. (1990) vielen twee van de acht (25%) kinderen uit vanwege de bijwerkingen.

Er is een aantal publicaties verschenen waarin patiënten worden beschreven die tijdens het gebruik van fluoxetine ernstig suïcidaal werden of automutileerden. Deze publicaties betreffen volwassen patiënten met depressieve klachten (Teicher e.a., 1990a; Power & Cowen, 1992) en kinderen die behandeld worden voor OCS. Teicher e.a. (1990b) beschrijven een vijftienjarige jongen met een dwangstoornis die twee weken na het begin van de behandeling met fluoxetine zelfmoord pleegde. King e.a. (1991) beschrijven zes kinderen tussen tien en ze-

ventien jaar, in behandeling vanwege een ernstige dwangstoornis, het syndroom van Gilles de la Tourette of beide. Deze kinderen werden drie weken tot meer dan zes maanden na het begin van de therapie suïcidaal of kregen een heftige drang om zichzelf te verwonden. Vier patiënten moesten worden opgenomen vanwege de klachten.

Het is onduidelijk wat de relatie van deze problemen is met het gebruik van fluoxetine. Power en Cowen (1992) komen in een overzicht van gecontroleerd onderzoek en metanalyses tot de conclusie dat de hypothese dat fluoxetine suïcidaliteit te weeg kan brengen niet ondersteund wordt. Zij merken echter op dat de klinische praktijk vaak nogal verschilt van de condities waaronder placebogecontroleerd onderzoek wordt gedaan. Zo worden patiënten met ernstige comorbiditeit vaak uitgesloten van gecontroleerd onderzoek. Ook is het toedienen van andere psychofarmaca meestal niet geoorloofd. In de klinische praktijk komen comorbiditeit en des gevolg het voorschrijven van meer soorten psychofarmaca echter vaak voor. Ook bij de door King e.a. (1991) beschreven patiënten was sprake van een aanzienlijke comorbiditeit: Tourette's syndroom (één patiënt), oppositionele stoornis (één patiënt), dwangmatige persoonlijkheidsstoornis (één patiënt), sociale- en separatieangst (één patiënt), en waarschijnlijk dystyme stoornis (drie patiënten). Het is mogelijk dat het ontwikkelen van suïcide gedachten tijdens het gebruik van fluoxetine niet meer dan een coïncidentie is, veroorzaakt door de ernstige psychiatrische klachten of door tegenslagen in het dagelijks leven.

Power en Cowen (1992) bespreken als tweede verklaring de mogelijkheid van een zeldzame bijwerking van serotonerge antidepressiva, namelijk een vorm van 5-HT toxiciteit.

Fluvoxamine

In de open studie naar het effect van fluvoxamine bij veertien patiënten rapporteren Apter e.a. (1994) als bijwerkingen: opwinding, hyperactiviteit of angst (acht patiënten), slapeloosheid (vier patiënten), misselijkheid (drie patiënten), dermatitis (drie patiënten) gewichtsverlies (één patiënt), verwardheid en delirium of hallucinaties (twee patiënten die ook anorexia nervosa hadden), hypomanie (één patiënt, met een bipolaire stoornis in de familie). Bij vier patiënten moest de medicatie gestaakt worden vanwege de bijwerkingen.

5.7 Conclusie

Antidepressiva met een serotonerge werking hebben een statistisch significant effect. Klinisch gezien zijn er aanzienlijke verbeteringen, maar de meeste patiënten blijven last houden van dwangsymptomen. Veelal wordt dan ook geconcludeerd dat OCS een chronische ziekte is, slechts enigszins te beïnvloeden. Bij follow-up blijven de bereikte resultaten behouden. Bij staken van de medicatie valt een terugkeer van de klachten te verwachten.

Hoewel er veel bijwerkingen vermeld worden, 2% tot 25% staakt de behandeling vanwege de bijwerkingen, wordt de medicatie over het algemeen goed verdragen. Bij het gebruik van fluoxetine worden in zeldzame gevallen levensgevaarlijke bijwerkingen vermeld (suïcide gedachten en suïcidaal gedrag en automutileren). De relatie met het gebruik van fluoxetine is echter niet duidelijk.

6 GEDRAGSTHERAPIE VERSUS FARMACOTHERAPIE, ONDERZOEK BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN *

6.1 Inleiding

Het aantal studies naar de behandeling van dwangstoornissen bij kinderen en adolescenten is klein. Naar het effect van gedragstherapie is geen gecontroleerd onderzoek gedaan. Uit open studies blijken verbeteringspercentages van 50% (March e.a., 1994) tot ongeveer 80% (Bolton e.a., 1983). Hierbij moet worden aangetekend dat in de studie van March e.a. (1994) gebruik werd gemaakt van de Y-BOCS als uitkomstmaat, terwijl de 80% verbetering van Bolton e.a. (1983) gebaseerd was op klinische indrukken. In deze ongecontroleerde studies kregen de meeste kinderen ook medicatie, zodat het effect van gedragstherapie alleen niet kon worden vastgesteld.

Naar de effectiviteit van serotonerge antidepressiva zijn vier gecontroleerde onderzoeken gedaan, drie met clomipramine (Flament e.a., 1985; Leonard e.a., 1989; DeVaugh-Geiss e.a., 1992) en één met fluoxetine (Riddle e.a., 1992). In alle studies werden significante verbeteringen met serotonerge antidepressiva vastgesteld. De verbeteringen waren ook significant vergeleken met de placebo-medicatie (Flament e.a., 1985; DeVaugh-Geiss e.a., 1992) of een niet-serotonerg antidepressivum (Leonard e.a., 1989). In de studie van Riddle e.a. (1992) werd geen significant verschil met placebo-medicatie gevonden.

Hoewel de verbeteringen met serotonerge antidepressiva over het algemeen significant zijn (zowel vergeleken met voormeting als vergeleken met een placebo), houden de meeste patiënten nog in aanzienlijke mate klachten. In het onderzoek van DeVaugh-Geiss e.a. (1992) bijvoorbeeld is de gemiddelde afname op de Y-BOCS 37%, van een gemiddelde Y-BOCS score van 27.1 naar 17.1. Een Y-BOCS score van meer dan 16 wordt beschouwd als vallend in de klini-

* Dit hoofdstuk is gebaseerd op: E. de Haan, K. Hoogduin, J. Buitelaar & G. Keijsers (submitted). *Behavior therapy versus clomipramine in obsessive-compulsive disorders in children and adolescents.*

sche range (DeVeauh-Geiss, e.a., 1992). In alle studies kregen de patiënten naast de medicatie ondersteunende psychotherapie. Er werd geen formele gedragstherapie toegepast. Wel werd hun geadviseerd de dwangrituelen zoveel mogelijk niet uit te voeren. De ouders en andere familieleden kregen het advies niet meer te helpen bij het uitvoeren van de dwangrituelen. Wellicht verklaart dit waarom er ook significante verbeteringen werden geconstateerd in de placebo-conditie (Flament e.a., 1985) of waarom er geen significant verschil tussen placebo en actieve medicatie werd gevonden (Riddle e.a., 1992). Voor een uitvoeriger bespreking van de resultaten van gedragstherapie en farmacotherapie wordt verwezen naar de hoofdstukken 3 en 5.

In de hier beschreven studie wordt het resultaat van gedragstherapie in vergelijking met farmacotherapie onderzocht. In een ongecontroleerd vervolgonderzoek wordt nagegaan of combinatietherapie (gedragstherapie met clomipramine) effectief is in die gevallen waarin met monotherapie geen of te weinig effect wordt bereikt. Ook wordt onderzocht of er predictoren zijn die het behandelresultaat kunnen voorspellen. De resultaten van deze predictieanalyse worden in hoofdstuk 7 weergegeven.

6.2 Methode

Patiënten

Er zijn 23 patiënten in het onderzoek betrokken. Zij werden verwezen door de huisarts of door instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. De meeste patiënten werden behandeld op de psychiatrische polikliniek van een algemeen ziekenhuis. Een klein aantal kreeg de behandeling op de polikliniek van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van een academisch ziekenhuis.

Kinderen en adolescenten tussen acht en achttien jaar, die voldeden aan de DSM-III-R criteria voor OCS, konden in het onderzoek worden opgenomen. De diagnose werd gesteld door een ervaren kinder- en jeugdpsychiater of een ervaren klinisch psycholoog. Er vonden gesprekken plaats met zowel de ouders als de patiënt. Inclusiecriteria waren: een minimale duur van de klachten van een halfjaar en 'informed consent' van zowel de patiënt als de ouders. Patiënten werden ook in het onderzoek betrokken als er secundaire diagnoses (stoornissen ontstaan ná het ontstaan van de dwangstoornis) gesteld waren. Patiënten met het syndroom van Gilles de la Tourette, autisme, zwakzinnigheid of een depressie in

engere zin als hoofddiagnose werden niet in het onderzoek opgenomen. Een behandeling met gedragstherapie of met serotonerge antidepressiva binnen zes maanden voor de voormeting was eveneens een exclusie criterium.

Onderzoeksopzet

Patiënten werden at random toegewezen aan één van de twee condities: gedragstherapie of een behandeling met clomipramine. Na de voormeting vonden twaalf behandelsessies plaats met óf gedragstherapie óf clomipramine. Hierna werd de nameting gedaan gevolgd door een open onderzoek. Patiënten met minder dan 30% verbetering op de CY-BOCS kregen een combinatie behandeling van gedragstherapie en medicatie. Bij patiënten met meer dan 30% verbetering op de CY-BOCS werd de behandeling zolang voortgezet als nodig was. Na een tweede serie van twaalf zittingen (of zoveel minder als nodig) werd een derde meting gedaan.

Meetinstrumenten

De volgende meetinstrumenten werden gebruikt:

- Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale Child Version (CY-BOCS). Dit is een door de behandelaar gescoorde schaal, met tien items die de ernst van de obsessies en de dwanghandelingen meten. Voor de obsessies en de dwanghandelingen afzonderlijk wordt de tijd die de dwangproblemen kosten, de verstoring van het dagelijks leven, de angst en wanhoop, de mate van verzet en de mate van controle gescoord op een vijfpuntsschaal van 0 (helemaal niet) tot 4 (ernstig). De range loopt van 0 tot 40. De schaal is gebaseerd op de versie voor volwassenen (Y-BOCS), waarvan de validiteit en betrouwbaarheid is aangetoond (Goodman e.a., 1989a; Goodman e.a., 1989b; Woody e.a., 1995).
- De Leyton Obsessional Inventory-Child Version (LOI-CV). Dit is een zelfbeoordelingsschaal, waarin vragen over de specifieke dwangsymptomen, over de mate waarin de symptomen interfereren met het dagelijks leven en over het verzet tegen de dwangsymptomen worden gesteld. Er zijn drie scores: de totaalscore (het aantal symptomen), de 'interference' score (de mate van verstoring van het dagelijks leven) en de 'resistance' score (de mate van verzet) (Berg e.a., 1986). Bij de analyses is alleen gebruik gemaakt van de totaal scores.

Zowel de CY-BOCS als de LOI-CV zijn vertaald in het Nederlands, met behulp van een linguïst. Zij zijn niet gevalideerd voor de Nederlandse populatie.

- Kinder Depressie Schaal (KDS) (Luteijn, 1981). Dit is de Nederlandse versie van de Child Depression Scale (Lang & Tisher, 1978). De vragenlijst heeft 63 items over affectieve reacties als verdrietig of ongelukkig zijn, afname in productiviteit, psychosomatische problemen, preoccupatie met dood en ziekte, boosheid of geïrriteerdheid. De items worden gescoord op een 5-puntsschaal. De range is 63 tot 315. De schaal is in Nederland beperkt gevalideerd;
- Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1983), de in Nederland gevalideerde versie (Verhulst e.a., 1985a ; Verhulst e.a., 1985b; Verhulst e.a., 1996). De gestandaardiseerde (T) totaal scores en de gestandaardiseerde (T) scores voor internaliserend en externaliserend gedrag zijn in dit onderzoek gebruikt. De vragenlijst wordt door één van de ouders ingevuld.

Behandeling

In beide condities vonden twaalf wekelijkse behandelsessies plaats. De behandeling werd gedaan volgens behandelprotocollen zowel voor de gedragstherapie als voor de farmacotherapie. In wekelijkse supervisies werden de protocollen doorgenomen en mogelijke problemen besproken.

Gedragstherapie De gedragstherapie bestaat uit exposure en responspreventie (Emmelkamp, 1982). Er wordt een inventarisatie gemaakt van al het actieve (dwanghandelingen) en passieve vermijdingsgedrag. Dit wordt vervolgens stap voor stap gestaakt, te beginnen met die dwanghandelingen, waarbij het nalaten het minste angst genereert. Dit niet uitvoeren van dwanghandelingen (responspreventie) wordt thuis geoefend. Tijdens de behandelsitting worden afspraken gemaakt over de inhoud van deze oefeningen. Ouders worden bij de behandeling betrokken, in die zin dat zij op de hoogte zijn van de aard van de therapie en de exposure- en responspreventieopdrachten. Bij jongere kinderen kunnen zij helpen bij het uitvoeren van de opdrachten. Soms zijn zij onderdeel van de oefenopdracht als er bijvoorbeeld geen geruststelling meer gegeven mag worden. Ouders worden niet ingeschakeld als cotherapeuten. Het behandelprogramma heeft ook cognitieve elementen (vergelijk March e.a., 1994). De patiënt (en de ouders) krijgen uitleg over de mechanismen waarmee de dwangrituelen en het vermijdingsgedrag in stand worden gehouden, opdat zij beter begrijpen waarom

het kind of de adolescent dwanghandelingen uitvoert, die hij helemaal niet wil uitvoeren. Voorts wordt getracht een positieve betekenis aan het dwanggedrag te geven. Het dwanggedrag wordt omschreven als teveel van iets dat in essentie goed is. Een kind met controlerituelen bijvoorbeeld is iemand die erg goed wil zorgen voor de dingen, maar daarin iets te ver gaat. Bij oudere kinderen worden obsessies op hun redelijkheid besproken (Van Oppen & Arntz, 1994). Een uitvoeriger beschrijving van de gedragstherapie werd gegeven in de hoofdstukken 3 en 4.

Farmacotherapie In de farmacotherapie conditie wordt een uitleg gegeven van de anti-angst werking van de medicatie. Benadrukt wordt dat het enige tijd kost voordat de effectieve dosis van het medicijn bereikt is, en dat daarom het angstverminderende resultaat niet onmiddellijk verwacht kan worden. Mogelijke bijwerkingen worden besproken. In de eerste zitting wordt de Fawcett Side Effect Scale (Fawcett, 1987) afgenomen om baseline informatie over bijwerkingen te verkrijgen. In deze conditie worden geen exposure- en responspreventieopdrachten gegeven. De patiënten wordt gezegd niets te veranderen en te wachten op het effect van de medicatie. De eerste week wordt 25 mg clomipramine gegeven. Daarna wordt de medicatie geleidelijk verhoogd (ieder vier dagen) tot een maximale dagelijkse dosis van 3 mg/kg, met een maximum van 200 mg per dag of zoveel als verdragen kan worden (vergelijk DeVeough-Geiss e.a., 1992).

Data analyse

Om na te gaan of de groepen verschillen met betrekking tot de scores op de voormeting en demografische gegevens, is een aantal univariate analyses van variantie (ANOVAs) of non-parametrische toetsen uitgevoerd.

De behandelresultaten zijn geanalyseerd met afzonderlijke MANOVAs (multivariate analyses van variantie) voor herhaalde metingen voor de twee behandelcondities (gedragstherapie en clomipramine) en de twee meetmomenten (voormeting en nameting) voor dwangklachten (LOI-CV en CY-BOCS), depressieve klachten (KDS) en algemene psychopathologie (CBCL). Significante tijdseffecten werden verder geanalyseerd met gepaarde t-toetsen om veranderingen tussen de verschillende meetmomenten voor iedere conditie apart vast te stellen. Het verbeteringspercentage en de effectgrootte Cohen's *d* (Cohen, 1988) binnen de behandelcondities werden berekend. Voor de berekening van de effectgrootte werd de volgende formule gebruikt:

$$\frac{M_1 - M_2}{\sqrt{s_1^2 + s_2^2 + 2r_{12}s_1s_2}}$$

Hierbij zijn M_1 en M_2 de gemiddelden van de scores op de CY-BOCS van de voormeting respectievelijk de nameting; s_1 en s_2 de standaarddeviaties en r_{12} de Pearsoncorrelatie tussen de scores van de voormeting en die van de nameting.

6.3 Resultaten

In totaal voldeden 29 patiënten aan de inclusiecriteria. Vier van hen (of hun ouders) weigerden deelname aan het onderzoek. Eén patiënt werd opgenomen voordat de eerste meting kon plaatsvinden. Eén patiënt vertrok onverwacht met zijn ouders naar het buitenland. Er werden drie patiënten uitgesloten vanwege een Tourette-syndroom. Er werden geen patiënten uitgesloten vanwege een eerdere behandeling met gedragstherapie of serotonerge antidepressiva binnen een halfjaar voor het onderzoek. Tenslotte werden 23 patiënten opgenomen in het onderzoek. Van deze patiënten viel er één uit na drie zittingen. Zij werd behandeld in de gedragstherapieconditie. Na drie zittingen kon zij de moeite van de lange reis (zij kwam van ver) en de huiswerkopdrachten niet meer opbrengen. Tien patiënten werden behandeld met clomipramine, twaalf kregen gedragstherapie. In Tabel 1 zijn de belangrijkste demografische gegevens vermeld. Acht van de 22 patiënten waren twaalf jaar of jonger (gemiddelde = 10.5 jaar, range 9-12 jaar), vijf in de gedragstherapieconditie en drie in de clomipramineconditie. Zeven patiënten kregen een comorbide diagnose. Tweemaal werd een andere angststoornis gediagnosticeerd (één in de gedragstherapieconditie en één in de clomipramineconditie), éénmaal een eetstoornis (clomipramineconditie), éénmaal een tic stoornis (clomipramineconditie), driemaal gezinsproblematiek (éénmaal in de gedragstherapieconditie, tweemaal in de clomipramineconditie). Er werden geen significante verschillen tussen de twee behandelcondities geconstateerd wat betreft de demografische variabelen. Er bleken evenmin significante verschillen in de scores op de voormeting van de Y-BOCS: ($F(1,20) = .83$, $p = .73$); de LOI-CV: ($F(1,20) = 1.85$, $p = .19$); de KDS: ($F(1,19) = 2.13$, $p = .16$) en de CBCL totale problemscore (T) score ($F(1,16) = .17$, $p = .69$).

Tabel 1

Gemiddelde leeftijd tijdens de behandeling en bij het begin van de dwangklachten en gemiddelde duur van de klachten en resultaten van ANOVAs

	Gedragstherapie (<i>n</i> = 12)	Clomipramine (<i>n</i> = 10)	<i>F</i> (1,21)	<i>p</i>
% Mannelijk	50	50		
Leeftijd in maanden				
<i>M</i>	159.0	171.4	.67	.42
<i>SD</i>	32.8	38.3		
Range	108 - 204	120 - 226		
Leeftijd bij begin OCS in jaren				
<i>M</i>	9.8	12	2.8	.11
<i>SD</i>	3.3	2.6		
Range	3-14	9 - 15		
Duur klachten (maanden)				
<i>M</i>	37.3	22	1.4	.25
<i>SD</i>	38.4	13.1		
Range	7 - 144	10 - 48		

Volgens de scores op de KDS waren de meeste kinderen niet depressief bij het begin van de behandeling. De gemiddelde score viel binnen de normale range (Luteijn, 1981). Op individueel niveau scoorden twee patiënten uit de clomipramineconditie en één patiënt uit de gedragstherapieconditie in de klinische range (182). De gemiddelde CBCL totale probleemscore viel in de klinische range in beide condities, evenals de gemiddelde scores voor internaliserende gedragsproblemen. De gemiddelde scores voor externaliserende problemen lagen voor beide condities in de normale range. Achttien van de twintig kinderen die een CBCL score hadden, hadden een hogere score voor internaliserende problemen dan voor externaliserende problemen. Bij elf van hen was het verschil tien punten of meer, hetgeen wijst op overwegend internaliserende problematiek. De CBCL heeft acht syndroomscores. Hiervan vielen de T scores voor Denkproblemen in alle gevallen binnen de klinische range (gedragstherapie: $M = 78.0$, $SD = 4.8$; clomipramine: $M = 77.1$, $SD = 7.7$).

Resultaat van de behandeling

Het resultaat van de behandeling voor beide condities wordt in Tabel 2 weergegeven. De resultaten van de MANOVAs worden in Tabel 3 gepresenteerd. Op alle effectmaten werden significante tijdseffecten gevonden, hetgeen betekent dat OCS klachten, depressieve klachten en algemene psychopathologie afnamen onafhankelijk van de aard van de therapie (clomipramine of gedragstherapie). Op de CY-BOCS werd een significant interactie-effect gevonden. Dit wijst op een grotere effectiviteit van gedragstherapie vergeleken met clomipramine. Er werden geen interactie-effecten gevonden op de andere effectmaten.

Tabel 2

Resultaten van de behandeling bij de twee behandelcondities. Gemiddelde en standaarddeviatie op de maten voor dwang, depressie en algemene psychopathologie bij voor- en nameting

Psychopharmacologie bij BOCS en Nameting										
Gedragstherapie						Clomipramine				
		Voormeting		Nameting			Voormeting		Nameting	
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Dwangproblemen										
CY-BOCS	12	21.5	5.9	9.1	9.1	10	23.8	7.2	17.6	11.8
LOI CV	12	17.2	8.0	12.7	9.3	10	23.2	10.2	17.5	10.5
Depressie en algemene psychopathologie										
CBCL	11	63.9	7.5	57.6	12.6	8	68.6	7.4	60.5	9.3
KDS	11	146.6	35.0	129.2	50.8	9	170.6	37.1	143.2	37.9

CY-BOCS = Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale Child Version; LOI-CV = Leyton Obsessive Inventory Child Version, totaal score; CBCL = Child Behavior Checklist totale probleem (T) score; KDS = Kinder Depressie Schaal

Verbeteringspercentage

De gemiddelde verbetering op de Y-BOCS in beide condities samen is 47.8% ($SD = 37.0$). In de gedragstherapieconditie werd een gemiddelde verbetering van 59.9% ($SD = 35.5$, range 11% tot 100%) bereikt, in de clomipramineconditie 33.4% ($SD = 34.9$, range -9% tot 100%). Een patiënt met een verbeteringspercentage van meer dan 30 wordt meestal beschouwd als een responder (Emmelkamp e.a., 1983; Foa e.a., 1983; Hoogduin & Duivenvoorden, 1988; March e.a., 1994).

Tabel 3

Resultaat van de MANOVAs voor de maten voor dwang, depressie en algemene psychopathologie

	Hoofd-effect tijd			Hoofd-effect conditie			Interactie-effect		
	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Dwangproblemen									
CY-BOCS	1,20	40.3	.0001	1,20	2.51	.129	1,20	4.49	.047
LOI CV	1,19	10.82	.004	1,19	1.96	.178	1,19	.16	.691
Depressie en algemene psychopathologie									
CBCL T	1,17	14.77	.001	1,17	.87	.364	1,17	.24	.627
KDS	1,18	7.17	.015	1,18	1.34	.262	1,18	.34	.566

CY-BOCS = Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale Child Version; LOI-CV = Leyton Obsessive Inventory Child Version, totaal score; CBCL = Child Behavior Checklist totale probleem (T) score; KDS = Kinder Depressie Schaal

In totaal waren er dertien responders, acht in de gedragstherapieconditie en vijf in de clomipramine conditie. De effectgrootte op de Y-BOCS is 1.58 voor de gedragstherapieconditie en 1.45 voor de clomipramineconditie. Volgens de criteria van Cohen (1988) is deze effectgrootte aanzienlijk.

Dosis clomipramine

In deze studie was de gemiddelde dosis clomipramine 2.5 (*SD* = .63) per kilo lichaamsgewicht per dag (1.4 - 3.3 mg/kg). De ideale dosis van 3 mg/kg werd bij een aantal patiënten niet bereikt vanwege bijwerkingen. In tabel 4 worden de belangrijkste bijwerkingen vermeld, zowel bij de zesde als bij de twaalfde zitting. Ook worden de resultaten bij voormeting, toen er nog geen medicatie werd gebruikt, weergegeven. Vanwege de geringe aantallen is een statistische analyse niet zinvol. Er waren geen uitvallers vanwege bijwerkingen.

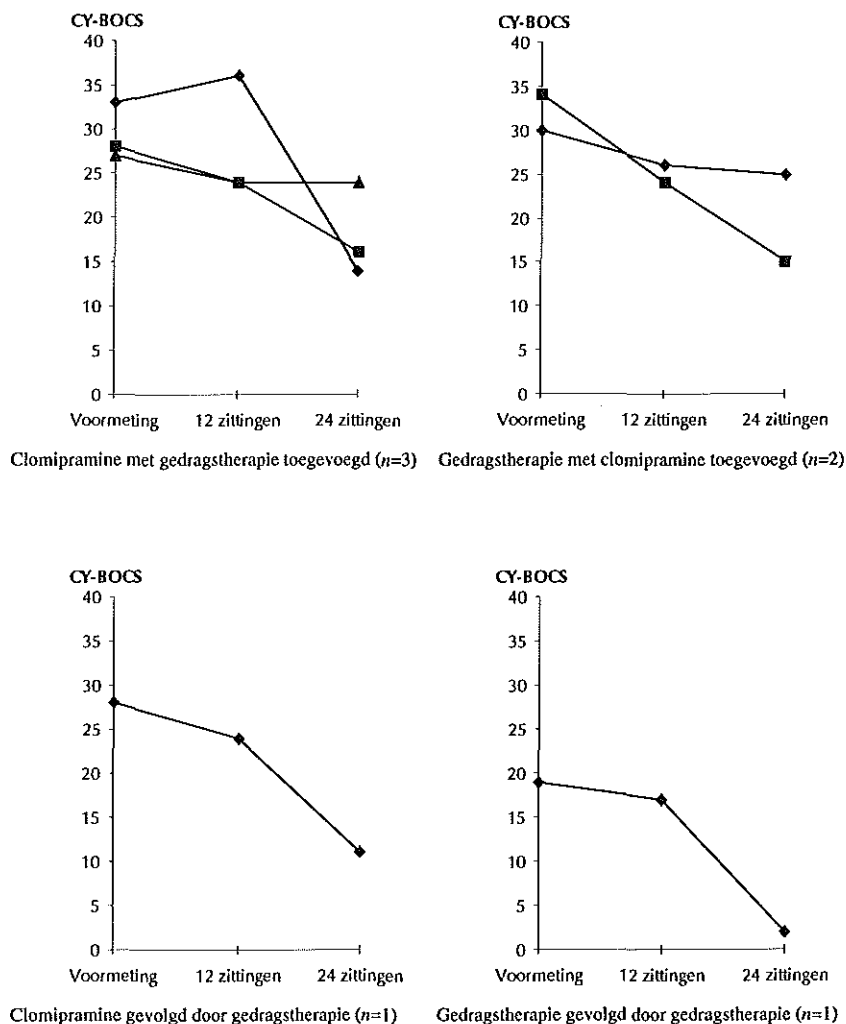
Tabel 4

Bijwerkingen van clomipramine bij 10 patiënten

	Week 0	Week 6	Week 12
Droge mond	2	4	4
Slapeloosheid	2	6	3
Zweten	1	4	4
Sufheid	1	4	3
Mictie problemen	1	3	4
Tremoren	0	3	2
Duizeligheid	0	1	1
Vermoeidheid	4	4	3
Hoofdpijn	3	0	2
Anorexia	2	2	1
Toename eetlust	1	2	1
Misselijkheid	1	2	1
Agitatie	4	2	2
Constipatie	2	1	2

Ongecontroleerde vervolgstudie

Na de experimentele periode van twaalf behandelsessies werden nonresponders (verbeteringspercentage op CY-BOCS < 30%) in een ongecontroleerde studie verder behandeld met een combinatie van gedragstherapie en clomipramine. Van de negen nonresponders (vier uit de gedragstherapieconditie en vijf uit de clomipramineconditie) weigerden er echter twee verdere therapie (één uit de gedragstherapieconditie en één uit de clomipramineconditie). Twee weigerden medicatie (één uit de gedragstherapieconditie en één uit de clomipramineconditie). Dus werden vijf van de negen nonresponders verder behandeld met een combinatie van gedragstherapie en clomipramine en kregen twee alleen gedragstherapie. In figuur 1 zijn de individuele resultaten op de eerste (voormeting), tweede (nameting) en derde meting weergegeven. De gemiddelde CY-BOCS-score van de vijf patiënten in de combinatieconditie was na de tweede serie behandelsessies (twaalf zittingen met combinatietherapie) 18.8 ($SD = 5.3$; range 14-25), terwijl zij een gemiddelde score van 26.8 ($SD = 5.2$; range 24-36) hadden na de eerste twaalf behandelzittingen. Bij de voormeting was hun



Figuur 1. Ongecontroleerde vervolgstudie: individuele scores op de CY-BOCS

gemiddelde score op de CY-BOCS 30.4 ($SD = 3.1$). Er werd een aanzienlijke verbetering bereikt (gemiddeld 38.2% ten opzichte van de voormeting, 30% ten opzichte van de nameting). Dit gold voor twee van de drie nonresponders van de

clomipramine conditie en voor één van de nonresponders uit de gedragstherapieconditie. De behandeling van de twee patiënten die de combinatietherapie weigerden en alleen gedragstherapie kregen, had een redelijk goed resultaat. Na de tweede serie van twaalf behandelsessies hadden zij een CY-BOCS-score van respectievelijk 2 en 11.

6.4 Discussie

Dit is de eerste gecontroleerde studie waarin gedragstherapie en medicamenteuze therapie voor OCS bij kinderen en adolescenten vergeleken werden. Er werden significante verbeteringen bereikt op de effectmaten voor de dwangstoornis (CY-BOCS en LOI-CV) en op maten voor depressie (KDS) en algemene psychopathologie (CBCL).

Op de CY-BOCS bleek gedragstherapie significant effectiever dan clomipramine. Op de LOI-CV bleek echter geen verschil in effectiviteit. Dit verschil zou verklaard kunnen worden door de aard van de twee meetinstrumenten. De LOI-CV meet het totaal aantal obsessies en dwanghandelingen, waarmee een aanduiding wordt gegeven van de uitgebreidheid van het probleem. De CY-BOCS meet de ernst van de obsessieve-compulsieve klachten.

De resultaten in de gedragstherapieconditie zijn vergelijkbaar met die van de ongecontroleerde studie van March e.a. (1994) waarin de CY-BOCS als effectmaat wordt gebruikt. In deze studie was de gemiddelde verbetering 50%. De meeste kinderen kregen in deze studie echter ook medicatie.

De verbetering in de clomipramineconditie is vrij gering (33% verbetering op de CY-BOCS en 24% op de LOI-CV) vergeleken met andere studies. In de andere studies was de gemiddelde verbetering op de CY-BOCS 37% (Deveaugh-Geiss e.a., 1992) en 44% (Riddle e.a., 1992). Op de LOI-CV waren de verbeteringspercentages 51% (Flament e.a., 1985) en 31% (Leonard e.a., 1989). Een mogelijke verklaring voor dit verschil is het feit dat in het hier beschreven onderzoek, anders dan in de andere studies, geen aanvullende therapie werd gegeven naast medicatie. In de eerdere studies kregen de kinderen ondersteunende psychotherapie (Leonard e.a., 1989; Deveaugh-Geiss e.a., 1992; Riddle e.a., 1992). Zij werden gestimuleerd om hun dwanghandelingen zo min mogelijk uit te voeren en de ouders kregen ondersteuning waar nodig (Flament e.a., 1985).

Overigens verschillen de percentages verbetering aanzienlijk voor de verschillende onderzoeken.

De resultaten op de maten voor depressiviteit en algemene psychopathologie lopen parallel met de resultaten op de maten voor de dwangproblematiek. Er werden op beide maten significante tijdseffecten gevonden, maar geen interactie-effecten. Depressiviteit en algemene psychopathologie verminderden, onafhankelijk van de behandelconditie. Volgens de depressieschaal waren de meeste patiënten niet depressief bij het begin van de behandeling. Op de schaal voor algemene psychopathologie scoorden de meesten in het klinisch gebied van internaliserende problemen. Alle patiënten scoorden in het klinisch gebied van de syndroomschaal voor zogeheten 'Denkproblemen'. Een aantal items van de syndroomschaal 'Denkproblemen' refereren ook aan obsessieve-compulsieve problemen als 'kan bepaalde gedachten niet uit het hoofd zetten', 'herhaalt handelingen' en 'heeft vreemde ideeën'. Dit verklaart de hoge scores op deze syndroomschaal.

Uit de ongecontroleerde vervolgstudie blijkt dat geringe verbetering na twaalf behandelzittingen geen reden is om de behandeling te beëindigen. Bij vijf van de negen nonresponders werd een significante vooruitgang geboekt bij voortzetting van de therapie met een combinatie van gedragstherapie en clomipramine of met gedragstherapie alleen. Uit follow-up studies blijkt een sterke relatie tussen de respons gedurende de eerste weken van de behandeling en het resultaat bij follow-up. Het succes van een behandeling kan voorspeld worden op basis van een vroeg positief resultaat (Marks e.a., 1975; Allsopp & Verduyn, 1988). Dit betekent echter niet dat een mislukking ook voorspeld kan worden. Uit het onderzoek bij volwassen dwangpatiënten bleek 38% van de nonresponders bij follow-up alsnog responder te zijn geworden (hoofdstuk 8). Het aantal patiënten van het in dit hoofdstuk beschreven onderzoek is te klein voor conclusies, de resultaten wijzen echter in dezelfde richting.

Uit de resultaten van dit onderzoek kan in overeenstemming met eerder onderzoek (Flament e.a., 1985, Leonard e.a., 1989, Riddle e.a., 1992) geconcludeerd worden dat farmacotherapie effectief is, maar niet afdoende. Of en in welke gevallen een gecombineerde behandeling (gedragstherapie met farmacotherapie) de voorkeur verdient boven gedragstherapie alleen moet onderzocht worden.

De belangrijkste beperking van dit onderzoek is het kleine aantal patiënten. Dit betekent dat de power van het onderzoek niet groot is. Er moeten grote verschillen gevonden worden, willen deze statistisch significant zijn in een kleine onderzoeksgroep als deze. Dit geldt zowel voor de verschillen tussen de twee behandelcondities bij de voormeting als voor de verschillen in resultaat. Hoewel de verschillen bij de voormeting niet significant waren, hadden de patiënten uit de medicatieconditie op een aantal maten een gemiddelde score die wijst op ernstiger problematiek. Dit gold voor de maten voor de dwangproblematiek, voor de maten voor depressie en algemene psychopathologie. Ook hadden zij vaker een comorbide stoornis. Ondanks de geringe power werd er een significant verschil in effectiviteit gevonden. Hoewel op grond van dit onderzoek niet geconcludeerd kan worden dat gedragstherapie effectiever is dan clomipramine, leveren de resultaten hiervoor wel sterke aanwijzingen, die in een groter onderzoek met meer patiënten geverifieerd moeten worden.

7 PREDICTIE ONDERZOEK BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN*

7.1 Inleiding

Met gedragstherapie of behandeling met serotonerge antidepressiva worden gemiddelde verbeteringspercentages bereikt van 30% tot 60%. (Flament e.a., 1985; Leonard e.a., 1989; DeVeugh-Geiss e.a., 1992; Riddle e.a., 1992; March e.a., 1994). Voor de individuele patiënt zegt zo'n verbeteringspercentage echter weinig. Er zijn grote individuele verschillen. In het onderzoek van Flament e.a. (1985) naar het effect van clomipramine verbeterden de patiënten gemiddeld 46%, de individuele verbeteringspercentages liggen echter tussen de 0% en 100%. March e.a. (1994) vonden een gemiddelde verbetering van 50% met een behandeling met gedragstherapie en (in de meeste gevallen) medicatie. Van de vijftien patiënten in het onderzoek hadden tien meer dan 50% symptoomreductie bij follow-up, drie patiënten verbeterden minder dan 30%. In de in hoofdstuk 6 van dit proefschrift beschreven studie lagen de verbeteringspercentages na twaalf zittingen gedragstherapie of clomipramine tussen -9% en 100%.

Gezien de grote verschillen in respons, is onderzoek naar mogelijke predictoren voor het effect van de behandeling van belang. Vanwege het geringe aantal gecontroleerde effectstudies bij kinderen en adolescenten, is het niet verwonderlijk dat er over factoren die het resultaat kunnen voorspellen nog nauwelijks onderzoeksgegevens zijn. Een bijkomend probleem is dat in de enkele studies, waarin aandacht wordt besteed aan predictie, steeds andere predictoren of dezelfde predictoren met verschillende parameters worden onderzocht. Er zijn twee retrospectieve onderzoeken (Allsopp & Verduyn, 1988; Thomsen, 1995), en vier prospectieve (Flament e.a., 1985; Flament e.a., 1990; Leonard e.a., 1989; Leonard e.a., 1993). In het onderzoek van Allsopp en Verduyn (1988) werd een groepsvergelijking gedaan van patiënten met en zonder dwangsymptomen bij follow-up. In de overige studies werd gebruik gemaakt van regressie-analyses.

* Dit hoofdstuk is gebaseerd op: E. de Haan, K. Hoogduin, J. Buitelaar, & G. Keijsers (submitted) *Behavior therapy versus clomipramine in obsessive-compulsive disorders in children and adolescents.*

In deze onderzoeken kon voor de volgende variabelen geen predictieve waarde worden aangetoond: duur van de klachten, aard van de dwangproblematiek, betrokkenheid van het gezin bij de dwangproblemen, problemen in de omgang met leeftijdgenoten, IQ, depressie en angst (Flament e.a., 1985; Allsopp & Verduyn, 1988; Leonard e.a., 1989; Leonard e.a., 1993; Thomsen, 1995). In het clomipramineonderzoek werd geen relatie tussen bloedspiegels en behandelresultaat gevonden (Flament e.a., 1985; Leonard e.a., 1989), dit in tegenstelling tot het onderzoek met fluoxetine (Riddle e.a., 1992). Voor onderstaande factoren werden wisselende resultaten gevonden.

Gezinsfactoren

Gezinsfactoren werden in vier studies onderzocht. De afwezigheid van een familiegeschiedenis van psychiatrische stoornissen voorspelde een positief behandelresultaat in de studie van Allsopp en Verduyn (1988). Leonard e.a. (1993) vonden een vergelijkbaar resultaat. De aanwezigheid van as-I-stoornissen bij de ouders bleek een voorspeller. Een hoge Expressed Emotion score van de ouders voorspelde een slecht resultaat op algemene maten voor psychisch welbevinden. In twee studies werd echter geen relatie gevonden met het voorkomen van depressie of angststoornissen in de familie (Flament e.a., 1990) of psychopathologie bij de ouders (Thomsen, 1995)

Tics, het syndroom van Gilles de la Tourette (GTS)

Pauls e.a. (1993) postuleren twee types OCS, een familiale en een niet-familiaire. De eerste zou een vroeg begin hebben (vóór het achttiende jaar) en vaker vergezeld gaan met tics. De familiale dwangstoornis zou slechter te behandelen zijn. In onderzoek bij kinderen is éénmaal gebleken dat een life-time ticstoornis een slechter behandelresultaat voorspelt (Leonard e.a., 1993). Over invloed van comorbide GTS is geen onderzoek gedaan omdat dit meestal een exclusie criterium is.

Leeftijd

Leeftijd bij begin van de klachten of leeftijd bij de behandeling blijkt geen predictor bij onderzoek bij kinderen en adolescenten (Flament e.a., 1985; Leonard e.a., 1989; Allsopp & Verduyn, 1988; Leonard e.a., 1993; Thomsen, 1995). Uit de meeste studies bij volwassenen blijkt ook geen relatie tussen de leeftijd bij het begin van de klachten en het resultaat van de behandeling (Steketee & Shapiro, 1995). Dit geldt voor het resultaat van gedragstherapie. Bij onderzoek naar

het resultaat van antidepressiva werd éénmaal geen (Orloff e.a., 1994) en éénmaal wel een relatie gevonden. Uit een studie van Ackerman e.a. (1994) bleek dat hoe jonger de patiënt was bij het begin van de klachten hoe kleiner de kans op een geslaagde behandeling was. De beginleeftijd van de door hen onderzochte patiënten varieerde van drie tot 62 jaar, met een gemiddelde van negentien jaar.

Sekse

Voor sekse werd éénmaal een relatie (jongens beter dan meisjes) gevonden (Flament e.a., 1985), en viermaal niet (Allsopp & Verduyn, 1988; Leonard e.a., 1989; Leonard e.a., 1993; Thomsen, 1995).

Ernst van de problematiek

Uit onderzoek van Thomsen (1995) bleek de ernst van de problematiek (gemeten aan de tijd die de symptomen in beslag nemen) een sterke predictor. In de overige onderzoeken (Allsopp & Verduyn, 1988; Flament e.a., 1985; Flament e.a., 1990; Leonard e.a., 1989; Leonard e.a., 1993) werd deze bevinding niet bevestigd.

Resultaat op korte termijn

Het resultaat van de behandeling op korte termijn bleek in twee studies een voorspeller. Een vroege en volledige respons op de behandeling voorspelde een gunstig resultaat in het onderzoek van Allsopp en Verduyn (1988). De score op de NIMH Global OCD schaal na vijf weken behandeling met clomipramine verklaarde 13% van de variantie bij follow-up (Leonard e.a., 1993). Van belang is dat het hier niet om het verbeteringspercentage, maar om de scores op de schaal gaat.

Conclusie

Het onderzoek naar predictoren voor het resultaat van de behandeling heeft tot nu toe geen overtuigende resultaten heeft opgeleverd. Sekse, ernst van de problematiek, gezinsfactoren en een comorbide ticstoornis bleken in één of meer studies een predictor. In onderzoek bij volwassenen is leeftijd éénmaal een predictor gebleken. Gezien het kleine aantal studies en de grote variatie in onderzochte predictoren kan echter niet geconcludeerd worden dat er geen predictoren bestaan, zelfs niet dat de onderzochte variabelen geen voorspellende waarde hebben.

In de hier beschreven studie wordt een aantal variabelen onderzocht die mogelijk predictieve waarde hebben voor het resultaat van de behandeling van OCS met gedragstherapie of met clomipramine. Op grond van gegevens uit de literatuur werden de ernst van de dwangproblematiek, gezinsfunctioneren en leeftijd bij het begin van de klachten onderzocht. Op grond van klinische indrukken werd verondersteld dat patiënten die ouder zijn dan twaalf jaar slechtere resultaten behalen, omdat bij hen puberteitsproblemen en daarmee problemen met de 'compliance' een rol kunnen spelen. Tenslotte is een maat voor algemene psychopathologie in de berekeningen meegenomen, omdat comorbiditeit mogelijk een rol speelt bij de effectiviteit van de behandeling.

Het eerste deel van deze studie, waarin de effectiviteit van gedragstherapie versus clomipramine werd onderzocht, is beschreven in hoofdstuk 6 van dit proefschrift.

7.2 Methode

Er zijn 23 patiënten in het onderzoek betrokken. Kinderen en adolescenten tussen acht en achttien jaar, die voldeden aan de DSM-III-R criteria voor OCS, konden in het onderzoek worden opgenomen. Inclusie criteria waren: een minimale duur van de klachten van een half jaar en informed consent van zowel de patiënt als de ouders. Patiënten werden ook in het onderzoek betrokken als er secundaire diagnoses (stoornissen ontstaan ná het ontstaan van de dwangstoornis) gesteld waren. Patiënten met het syndroom van Gilles de la Tourette, autisme, zwakzinnigheid of een depressie in engere zin als hoofddiagnose werden niet in het onderzoek opgenomen. Een behandeling met gedragstherapie of met serotonerge antidepressiva binnen zes maanden voor de voormeting was eveneens een exclusie criterium.

Meetinstrumenten

Als effectmaat is gebruikt de Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale Child Version (CY-BOCS) (Goodman e.a., 1989a; Goodman e.a., 1989b; Woody e.a., 1995). Dit meetinstrument is in hoofdstuk 6 beschreven.

Als predictiematen werden de volgende meetinstrumenten gebruikt:

— Child Behavior Checklist (CBCL) (Verhulst e.a., 1985a; Verhulst e.a., 1985b), als maat voor algemene psychopathologie. Dit meetinstrument is in hoofdstuk 6 beschreven;

- Gezinsdimensie Schalen (Buurmeijer & Hermans, 1985; 1988). Dit is de Nederlandse bewerking van de Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES) (Olson e.a., 1979; 1983). Het gezinsfunctioneren wordt op drie schalen, die drie dimensies weergeven, gemeten. De drie schalen zijn curvilineair. Gezinnen die op beide polen van de schalen scoren (extreem laag of extreem hoog) worden als disfunctioneel beschouwd. De drie dimensies zijn: cohesie, adaptatie en gezinspresentatie. Cohesie wordt gedefinieerd als 'de gebondenheid die de gezinsleden ten opzichte van elkaar ervaren'. Deze dimensie heeft vier niveaus van functioneren, van geringe cohesie naar een hoge mate van cohesie, respectievelijk genoemd: los-zand, individueel, gezamenlijk en kluwen. Aanpassingsvermogen is 'het vermogen van een gezinssysteem om de machtsstructuur, de roldefinities en de relatieregels aan te passen bij de verander(en)de interne en externe omstandigheden'. De niveaus van deze dimensie worden genoemd: statisch, gestructureerd, flexibel en chaotisch. De dimensie 'Gezinspresentatie' is een maat voor de manier waarop iemand zijn of haar gezin (positief of negatief) aan een buitenstaander presenteert (Buurmeijer & Hermans, 1985, 1988). De schaal bestaat uit 44 items die gescoord worden op een vier-puntsschaal. Er zijn berekeningen gedaan met drie niveaus van de scores voor de drie dimensies: de twee uiterste polen apart en de middelste twee niveaus, die normaal functioneren representeren, samen. De berekeningen zijn gedaan voor de patiënt en de ouders afzonderlijk
- Leeftijd en leeftijd bij het begin van de klachten zijn tijdens de intake procedure vastgesteld.

Data analyse

Er werden residu scores berekend. Hiertoe is met een lineaire regressieanalyse de mate vastgesteld waarin de scores van de nameting voorspeld worden door de beginscores. Residu scores geven de niet door de beginscores verklaarde variantie weer. Verdere berekeningen zijn gedaan met deze residu scores. Aan de hand van berekeningen met de residu scores en mogelijke predictoren kan worden vastgesteld in hoeverre de residuen (niet door de beginscores verklaarde variantie) door andere factoren verklaard worden. De residu scores werden gecorreleerd met de continue variabelen (scores op de CBCL, leeftijd, beginleeftijd). Voor de gemiddelden residu scores van de groepen, gevormd op grond van de

gedichotomiseerde variabelen (Gezinsdimensie Schalen) werd een t-toets gedaan.

Tenslotte is vastgesteld in hoeverre de verschillende factoren responders en nonresponders kunnen voorspellen. Hiertoe is de relatie met de verschillende mogelijke predictoren onderzocht middels t-toetsen voor de continue variabelen en χ^2 -toetsen voor de nominale variabele.

7.3 Resultaten

De resultaten op de predictiematen zijn weergegeven in tabel 1 en 2.

Tabel 1

*Gemiddelde, standaarddeviatie en range van de
predictievariabelen: algemene psychopathologie, leeftijd bij
begin van de klachten en leeftijd tijdens de behandeling*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
CBCL (meting 1)	60,18	20,94	23-101
Leeftijd bij begin klachten (jaren)	10,82	3,14	3-15
Leeftijd in maanden	164,6	35,1	108-226

CBCL = Child Behavior Checklist totale probleem (T) score

Tabel 2

Uitskomsten op de maat voor gezinsfunctioneren. Percentages respondenten die op de normale niveaus van functioneren en op de uiterste polen scoren. Gegevens voor de dimensies adaptatie, cohesie en gezinspresentatie, voor patiënt en ouders afzonderlijk.

Schaal	<i>n</i>	%	%	%
Adaptatie		Normaal	Chaotisch	Statisch
Patiënt	16	50	25	25
Moeder	17	35.3	35.3	29.4
Vader	17	41.2	29.4	29.4
Cohesie		Normaal	Los zand	Kluwen
Patiënt	16	37.5	6.3	56.3
Moeder	17	41.2		58.8
Vader	17	41.2		58.8
Gezinspresentatie		Normaal	Laag	Hoog
patiënt	16	56.3	37.5	6.3
Moeder	17	64.7	23.5	11.8
Vader	17	66.7	22.2	11.1

Van een aantal patiënten en een aantal ouders kon geen gegevens van de Gezinsdimensieschalen gekregen worden. Sommige patiënten weigerden de lijst in te vullen of waren te jong om de vragen te begrijpen. Een aantal ouders vulde de lijst evenmin in.

Na twaalf behandelsessies met gedragstherapie of clomipramine werd op de CY-BOCS een gemiddelde verbetering van 47.8% ($SD = 37.0$) bereikt (gedragstherapieconditie: 59.9% ($SD = 35.5$); clomipramineconditie: 33.4% ($SD = 34.9$)). Achteenvijftig procent (58%) van de variantie van de CY-BOCS nameting werd verklaard door de scores van hetzelfde meetinstrument op de voormeting. De resultaten van de residu-analyse staan in tabel 3 en 4.

Tabel 3

Residu-analyse. Correlaties met residuscores van de CY-BOCS voor de CBCL, leeftijd bij begin van de klachten en leeftijd tijdens de behandeling

Variabele	<i>r</i>	<i>p</i>
CBCL	.21	.39
Leeftijd begin klachten.	.40	.08
Leeftijd	.24	.29

CY-BOCS = Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale Child Version;
CBCL = Child Behavior Checklist totale probleem (T) score

Tabel 4

Residu-analyse. Gezinsdimensieschalen T-testen voor de niveaus van gezinsfunctioneren

Schaal	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Adaptatie	Chaotisch/normaal		Statisch/normaal	
Patiënt	-.35	.73	1.4	.19
Moeder	.13	.90	.46	.66
Vader	1.25	.24	1.05	.32
Cohesie	Los zand/normaal		Kluwen/normaal	
Patiënt	1.76	.14	.13	.90
Moeder			-.77	.45
Vader			1.44	.17
Gezinspresentatie	Laag/Normaal		Hoog/Normaal	
Patiënt	.64	.53	-.12	.91
Moeder	.37	.72	-.20	.84
Vader	2.60	.02	1.05	.31

Er werd slechts één significante predictor gevonden; een significante relatie tussen het effect van de behandeling en de negatieve manier waarop vaders het gezin aan een buitenstaander presenteerden. Voor deze bevinding is geen verklaring. Het is waarschijnlijk een kansbevinding.

Bij dichotomisering van de resultaten in responders en nonresponders werden significante verschillen gevonden op de CY-BOCS scores van de voormeting ($t(20) = 3.65$, $p = .002$). Dit betekent dat de ernst van de problematiek een

voorspeller is voor een slechter therapieresultaat op korte termijn. Na de vervolghandeling met nogmaals twaalf zittingen is het gemiddelde verbeteringspercentage 57.8. De variantie wordt nu voor 25% verklaard door de scores op de voormeting. Het aantal responders is toegenomen van dertien naar zeventien. Er is geen significant verschil meer in ernst van de problematiek bij het begin van de behandeling tussen de responders en de nonresponders ($t(20) = -.33, p = .745$) (zie tabel 5).

Tabel 5

Aantal responders en nonresponders na 12 en na 24 zittingen en gemiddelde CY-BOCS scores bij voormeting

	12 sessies		24 sessies	
	N	M	N	M
Responders	13	19.2	17	22.3
Nonresponders	9	27.3	5	23.4

CY-BOCS = Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale Child Version

7.4 Discussie

Het onderzoek leverde geen significante predictoren van betekenis op. De gevonden significantie voor de variabele gezinspresentatie van de vader heeft geen duidelijke betekenis en kan verklaard worden als een kansbevinding bij een te groot aantal vergelijkingen (vergelijk Tabachnick & Fidell, 1989). Gezien het kleine aantal patiënten in de onderzoeksgroep is het niet verwonderlijk dat er geen significante resultaten werden gevonden.

Responders (patiënten met meer dan 30% verbetering na twaalf zittingen) hebben significant minder ernstige klachten dan nonresponders bij het begin van de behandeling. Dit laatste stemt overeen met de resultaten van het onderzoek van Allsopp en Verduijn (1988). Gezinsfunctioneren, gemeten met de GDS, bleek geen predictor. Dit komt niet overeen met de resultaten van de studie van Leonard e.a. (1993), waarin gezinsfactoren het follow-up resultaat bleken te voorspellen. In de studie van Leonard e.a. (1993) werden As-I-stoornissen van de ouders en Expressed Emotion gemeten, waar in de hier beschreven studie adaptatie, cohesie en gezinspresentatie de gezinsfactoren waren. Bovendien betrof de studie van Leonard e.a. (1993) follow-up resultaten, terwijl het in onze studie om de behandelresultaten op korte termijn ging. Op grond van de gege-

vens van de hier beschreven studie kan toch niet geconcludeerd worden dat gezinsfactoren geen voorspellende waarde hebben voor het behandelresultaat. Het is mogelijk dat met de Gezinsdimensie Schalen niet de gezinsfactoren waar het om gaat bij de behandeling van dwangstoornissen werden gemeten. Algemene psychopathologie (gemeten met de CBCL), leeftijd en leeftijd bij het begin van de klachten bleken evenmin een predictor. Vanwege het geringe aantal patiënten kunnen deze resultaten slechts als voorlopig worden beschouwd.

De uitkomsten van deze predictiestudie betreft de resultaten van de behandeling op korte termijn. Uit het onderzoek bij volwassen patiënten met een dwangstoornis, beschreven in hoofdstuk 8 en 9, is duidelijk geworden dat het resultaat op korte termijn alleen voorspellende waarde heeft voor de dan al succesvol verlopende behandelingen. Gunstige effecten op korte termijn voorspelden een goed resultaat op langere termijn. Weinig resultaat op korte termijn zei echter niets over de resultaten op langere termijn. Een groot aantal nonresponders werd alsnog responders. Of ditzelfde geldt voor de behandeling van kinderen en adolescenten is niet bekend. In het hier beschreven onderzoek verbeterden vier van de negen nonresponders aanzienlijk (tussen 43% en 89%) na voortzetting van de behandeling met nog eens twaalf zittingen.

8 GEDRAGSTHERAPIE VERSUS FARMACOTHERAPIE ONDERZOEK BIJ VOLWASSENEN*

8.1 Inleiding

Uit tal van onderzoeken is duidelijk geworden dat gedragstherapie en een behandeling met serotonerge antidepressiva effectief zijn bij dwangstoornissen bij volwassen patiënten (Van Balkom e.a., 1994). In de klinische praktijk worden gedragstherapie en antidepressiva vaak gecombineerd om het behandelresultaat te vergroten. De wetenschappelijke basis voor deze handelwijze is verbazingwekkend klein. Er zijn vier studies gepubliceerd naar het effect van de combinatie van clomipramine (Marks e.a., 1980; Marks e.a.1988), fluvoxamine (Cottraux e.a., 1990) en imipramine (Foa e.a., 1992) met verschillende vormen van exposure met responspreventie. In deze onderzoeken werd de combinatie gedragstherapie met een antidepressivum direct gegeven (Cottraux e.a., 1990; Foa e.a., 1992) dan wel na monotherapie met één van beide (Marks e.a., 1980; Marks e.a., 1988). Uit de resultaten van deze studies blijkt geen superieur effect van de combinatietherapie boven gedragstherapie alleen. Met de combinatietherapie trad gedurende de eerste weken van de behandeling een snellere verbetering op. Dit resultaat verdween echter na twee of drie maanden. In alle vier studies kregen de patiënten of een placebo of actieve medicatie naast gedragstherapie. Een directe vergelijking van gedragstherapie met een combinatie van gedragstherapie en een antidepressivum is nog niet gepubliceerd.

Een behandeling in het kader van een effectiviteitsonderzoek duurt meestal niet langer dan tien tot twintig zittingen. Op grond van de op dat moment be-

* Dit hoofdstuk is grotendeels een vertaling van:

A.J.L.M. van Balkom, E. de Haan, P. van Oppen, Ph. Spinhoven, C.A.L. Hoogduin, & R. van Dyck (submitted). *Cognitive-behavioural therapy versus the combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder.*

E. de Haan, P. van Oppen, A.J.L.M. van Balkom, Ph. Spinhoven, C.A.L. Hoogduin, & R. van Dyck (in press.). Prediction of outcome and early versus late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*

haalde resultaten wordt vastgesteld hoe effectief de betreffende behandelvorm is. Een logische aanname daarbij is dat aan het eind van de experimentele periode kan worden vastgesteld wie baat had bij de behandeling en wie niet en dat dit verder niet essentieel verandert. Uit follow-up-onderzoek is gebleken dat dit voor de positieve resultaten inderdaad ook zo is. Behaalde resultaten blijven bestaan. O'Sullivan en Marks (1990) geven een overzicht van negen follow-up studies naar de effectiviteit van exposure bij dwangstoornissen. In totaal werden 195 van de 223 (87%) patiënten die bij de studies betrokken waren prospectief gevolgd van één tot zes jaar (gemiddeld drie jaar) na de behandeling met exposure. In twee studies is ook gebruik gemaakt van een combinatie van gedragstherapie met clomipramine of placebo. In het algemeen bleef de behaalde verbetering na de experimentele fase behouden. Van de patiënten was 78% verbeterd of zeer verbeterd, 22% was niet verbeterd. Uit het weinige follow-up onderzoek naar het resultaat van antidepressiva blijkt dat behaalde verbeteringen alleen behouden blijven op voorwaarde dat de medicatie geruime tijd wordt voortgezet. (Pato e.a., 1988; Orloff e.a., 1994). Hoe lang deze periode is, is niet bekend.

In de hier beschreven studie is onderzocht of het resultaat van gedragstherapie (cognitieve therapie of exposure met responspreventie) verbeterd kan worden door vóór het begin van deze behandeling fluvoxamine te geven. Voor deze volgorde is gekozen om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de klinische praktijk. De resultaten op korte termijn, na de experimentele fase en bij follow-up na zes maanden worden besproken. In hoofdstuk 9 worden de resultaten van een predictieonderzoek bij dezelfde patiënten beschreven.

8.2 Methode

Selectie van patiënten

De patiënten werden ambulant behandeld in twee behandelcentra, gespecialiseerd in de behandeling van dwangstoornissen. Patiënten met een DSM-III-R diagnose OCS (American Psychiatric Association, 1987), met minimaal één jaar klachten en een leeftijd tussen achttien en 65 jaar, die hun informed consent gaven, werden bij het onderzoek betrokken. De diagnose werd gesteld op grond van een gestructureerd interview (ADIS-R, DiNardo e.a., 1983). Exclusiecriteria waren: obsessies zonder rituelen, psychotische stoornissen, alcohol- of

drugsmisbruik, ernstig somatisch lijden, zwakzinnigheid, zwangerschap of geen goede anticonceptie en eerdere behandeling met serotonerge antidepressiva of gedragstherapie binnen zes maanden voor het begin van de studie.

Onderzoeksopzet

Na de intake en de eerste meting, werd de patiënt random toegewezen aan één van de vier behandelcondities of een wachtlijst-controleconditie. Na acht weken (zes zittingen) vond de tweede meting plaats en de derde meting (nameting) na afloop van de experimentele fase (18 weken, 16 zittingen). Hierna werd de behandeling zo nodig voortgezet. Hiervoor was geen behandelprotocol, de behandelaar was vrij om de aard van de therapie te bepalen. Een halfjaar na afloop van de experimentele fase vond een 'naturalistische' follow-up meting plaats. In tabel 1 wordt de opzet van de studie weergegeven.

Tabel 1
Onderzoeksopzet

	Voormeting	Tussenmeting	Nameting	Follow-up
Week	0	8	18	24
Sessies	6 Behandeling	6 Behandeling	16 Behandeling	Variabel
	Cognitieve therapie	Cognitieve therapie	Geen Protocol	
	Exposure & Responspreventie	Exposure & Responspreventie	Geen Protocol	
	Fluvoxamine	Fluvoxamine + Cognitieve therapie	Geen Protocol	
	Fluvoxamine	Fluvoxamine + Exposure & Responspreventie	Geen Protocol	
	Wachtlijst	-	-	

Behandeling

De behandeling besloeg achttien weken. In de eerste acht weken (zes zittingen) werd het effect van drie verschillende vormen van behandeling en van niet behandelen vastgesteld: fluvoxamine, cognitieve therapie, exposure en responspreventie, en de wachtlijstconditie, waarin geen enkele vorm van behandeling werd gegeven. In de tweede periode van het onderzoek (tien weken, tien zittingen) werden vier vormen van behandeling vergeleken: zestien sessies cognitieve therapie, zestien sessies exposure met responspreventie, fluvoxamine na acht

weken gecombineerd met cognitieve therapie en fluvoxamine na acht weken gecombineerd met exposure met responspreventie. In deze fase van de studie was er, om ethische redenen, geen wachtlijstconditie meer. De patiënten uit de beide gedragstherapiecondities zonder medicatie participeerden ook in een onderzoek naar het verschil in effect tussen cognitieve therapie en exposure met responspreventie (Van Oppen e.a., 1995a).

Meetinstrumenten

Als effectmaten zijn gebruikt:

- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; range 0 tot 40) (Goodman e.a., 1989a; Goodman e.a., 1989b);
- Vijf Situaties Angstschaal (VSA, range 0 tot 40) (Emmelkamp, 1982) een door patiënt, therapeut en beoordelaar ingevulde idiosyncratische schaal;
- Padua Inventory - Revised (PI-T; range 0 tot 164) (Van Oppen e.a., 1995b);
- Beck Depression Inventory (BDI) (Beck e.a., 1961; Luteijn & Bouman, 1988);
- SCL-90 (Derogatis, 1977; Arrindel & Ettema, 1986) gold als een algemene maat voor psychopathologie.
- Bijwerkingen van fluvoxamine werden door de therapeut gescoord op de Fawcett Side Effect Scale (Fawcett, 1987).

Data analyse

Om na te gaan of de groepen verschillen m.b.t de scores op de voormeting en demografische gegevens is een aantal univariate analyses van variantie (ANOVAs) of non-parametrische toetsen uitgevoerd.

De behandelresultaten voor dwangsymptomen na zes en na zestien sessies zijn geanalyseerd met twee MANOVAs voor herhaalde metingen. Omdat er voor de wachtlijstconditie geen therapeutscore van de VSA was, werd deze schaal niet meegenomen in de eerste MANOVA. Het resultaat op de dwangmaten na zes zittingen werd daarom berekend met een MANOVA met vier afhankelijke variabelen (de VSA-scores van de patiënt en van de therapeut, de Y-BOCS score en de PI-R-score), twee meetmomenten (eerste meting en tussenmeting), en de vijf condities. De tweede MANOVA werd berekend over vijf afhankelijke variabelen (nu inclusief de therapeutscore van de VSA) en vier behandelcondities, omdat de wachtlijst-controleconditie slechts voor de eerste zes zittingen gold. Bij significante multivariate effecten, werden univariate

ANOVA's voor herhaalde metingen uitgevoerd. Significante tijdseffecten werden verder geanalyseerd met gepaarde t-toetsen om veranderingen tussen de verschillende meetmomenten voor iedere conditie apart vast te stellen. Significante interactie-effecten werden verder geanalyseerd met paarsgewijze vergelijkingen.

De follow-up resultaten zijn berekend voor de belangrijkste effectmaat van de dwangklachten, de Y-BOCS. Deze behandelresultaten zijn geanalyseerd met afzonderlijke ANOVAs voor herhaalde metingen voor de vier behandelcondities en de drie meetmomenten (voormeting, nameting en follow-up).

Om het effect van de behandeling op maten voor depressie en algemene psychopathologie vast te stellen werd de procedure herhaald voor de BDI en SCL-90, voor zowel tussenmeting, nameting als follow-up meting.

Responders en nonresponders

Omdat een statistische verbetering niet automatisch een klinische verbetering inhoudt, is gekeken naar het percentage patiënten dat als responders of non-responders kan worden beschouwd. Hiervoor zijn in navolging van Jacobson e.a. (1984; Jacobson & Truax, 1991) twee criteria gebruikt. Een criterium voor statistisch significante verbetering – de Reliable Change index (RCID) – en een criterium voor klinisch relevante verbetering. De Reliable Change index is beschreven door Jacobson e.a. (1984) en later gemodificeerd door Christensen en Mendoza (1986) en door Hageman en Arrindell (1993). De RCID houdt rekening met door kans veroorzaakte veranderingen en met regressie naar het gemiddelde voor zo ver dit wordt veroorzaakt door onbetrouwbaarheid van het gebruikte meetinstrument. Een RCID van meer dan 1.96 is onwaarschijnlijk ($p < 0.5$) zonder dat er echte verandering heeft plaatsgevonden. Daarom moet de RCID meer dan 1.96 zijn. Als criterium voor een klinisch relevante verbetering is, in navolging van Van Oppen e.a. (1995a) een verbetering van minimaal twee standaarddeviaties van het gemiddelde van de patiënten uit dit onderzoek genomen.

Alle berekeningen zijn uitgevoerd voor de patiënten die de behandeling hebben voltooid (completers-analyse) en voor alle patiënten, inclusief de uitvallers (intent-to-treat-analyse). De intent-to-treat-analyse van de follow-up is beperkt tot de resultaten op de belangrijkste uitkomstmaat, de Y-BOCS. Omdat de Y-BOCS bij iedere behandelzitting wordt ingevuld konden de scores van de laatste

behandelzitting van de uitvallers gebruikt worden om de ontbrekende gegevens voor nameting en/of follow-up te schatten.

8.3 Resultaten

8.3.1 Patiënten

Van de 152 patiënten die aan de in- en exclusie criteria voldeden, weigerden 37 deelname aan het onderzoek om de volgende redenen: afwijzen van randomisatieprocedure in verband met mogelijke medicamenteuze therapie ($n = 16$), wachtlijst conditie ($n = 5$), of cognitive gedragstherapie ($n = 1$); antidepressiva of neuroleptica niet kunnen of willen staken ($n = 5$); overige redenen ($n = 10$). In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van aantal patiënten en aantal uitvallers per conditie.

Tabel 2

Aantal patiënten en uitvallers per conditie

	Voormeting	Tussenmeting		Nameting		Uitvallers totaal	Follow-up	
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>u</i>	<i>n</i>	<i>u</i>	%	<i>n</i>	<i>g</i>
Cognitieve therapie	25	25	0	19	6	24%	17	2
Exposure & Responspreventie	22	20	2	19	1	15%	16	3
Fluvoxamine + Cognitieve therapie	24	18	6	14	4	41%	12	2
Fluvoxamine + Exposure & Responspreventie	28	21	7	18	3	36%	16	2
Wachtlijst	16	16						

n = Aantal patiënten; *u* = Aantal uitvallers; *g* = Geen gegevens

In totaal waren 115 patiënten bij het onderzoek betrokken, als volgt verdeeld over de condities: cognitieve therapie: $n = 25$, exposure en responspreventie: $n = 22$, fluvoxamine en cognitieve therapie: $n = 24$, fluvoxamine en exposure en responspreventie: $n = 28$, wachtlijst controlegroep: $n = 16$. Van de 99 patiënten in de behandelcondities hebben 70 patiënten de behandeling voltooid (29.3% drop-out). Het uitvallen in de cognitieve therapie conditie ($n = 6$) en de exposure conditie ($n = 3$) werd in alle gevallen veroorzaakt door het niet meer kunnen

voortzetten van het behandelprotocol. Om dezelfde reden vielen elf patiënten uit in de fluvoxamine conditie. In de fluvoxamine conditie vielen negen patiënten uit vanwege bijwerkingen: toename van angst ($n = 3$), slaperigheid ($n = 5$), en suïcidaliteit ($n = 1$). Tussen de vier behandelcondities werden met een chi-kwadrat test geen significante verschillen in percentages uitvallers vastgesteld ($p = 0.40$). Uitvallers en patiënten die de behandeling voltooiden (completers) verschilden niet op demografische of klinische variabelen bij de voormeting (p voor alle variabelen 0.25). Van 61 patiënten zijn follow-up gegevens beschikbaar (61.6% van het totaal aantal patiënten). In tabel 3 zijn de belangrijkste demografische gegevens vermeld.

Tabel 3

Geslacht, gemiddelde leeftijd, gemiddelde leeftijd bij het begin van de klachten en duur van de klachten per conditie. Gegevens van patiënten die behandeling voltooid hebben

	<i>n</i>	Sekse (M/V)	Leeftijd (Jaren) <i>M (SD)</i>	Beginleeftijd (Jaren) <i>M (SD)</i>	Duur (Jaren) <i>M (SD)</i>
Cognitieve therapie	19	7/12	33.6 (10.0)	21.9 (7.6)	10.9 (9.9)
Exposure & Responspreventie	19	10/9	33.8 (10.9)	22.3 (7.3)	11.3 (10.5)
Fluvoxamine + Cognitieve therapie	14	5/9	36.9 (10.9)	25.9 (13.5)	13.2 (8.3)
Fluvoxamine + Exposure & Responspreventie	18	8/10	36.9 (12.4)	24.5 (9.2)	11.1 (10.7)
Wachlijst	16	6/10	35.6 (12.4)	24.5 (9.2)	11.1 (10.7)

De 70 patiënten die de behandeling voltooiden hadden een gemiddelde leeftijd van 35.3 jaar ($SD = 11.2$) en de gemiddelde klachtenduur was 12.5 jaar ($SD = 10.4$). Er waren dertig mannen en veertig vrouwen. In tabel 4 zijn de resultaten van de voormeting vermeld. De demografische gegevens en de gegevens over de ernst van de klachten zijn vergelijkbaar met andere studies (Marks, 1987, Goodman e.a., 1990, Woody e.a., 1995). Er werden geen significante 'baseline' verschillen tussen de vijf condities gevonden.

8.3.2 Effect van de behandeling: analyse van de completers

Omdat er geen significante verschillen in resultaat werden gevonden tussen de twee behandelcentra, werden de gegevens samengevoegd. De resultaten op de verschillende effectmaten bij voor-, tussen-, en nameting en follow-up zijn in tabel 4 weergegeven.

Resultaat na zes sessies. De tussenmeting

Met MANOVA voor herhaalde metingen werd een significant tijdseffect gevonden ($F(4,86) = 27.12, p < 0.001$) en een significant interactie-effect van conditie en tijd ($F(16,356) = 2.00, p = 0.01$). Er werd geen significant conditie-effect gevonden ($F(16,356) = 1.13, p = 0.32$). De significante multivariate effecten werden verder geanalyseerd met univariate ANOVAs voor herhaalde metingen. Op alle dwangmaten was het tijdseffect significant (voor alle maten $p < 0.001$). Het interactie-effect van conditie en tijd was significant voor de Vijf Situatie Angst-schaal (VSA) ($p < 0.001$) en de Y-BOCS ($p = 0.04$), maar niet voor de PI-R ($p = 0.08$). Dit betekent dat er conditieverschillen waren wat betreft de vermindering van de dwangklachten gemeten op de Y-BOCS en de VSA.

Dit univariate tijdseffect werd verder geanalyseerd met gepaarde t-toetsen (voormeting versus tussenmeting, tweezijdige toets met een $\alpha = 0.01$ en Bonferroni correctie voor vijf vergelijkingen). Significante tijdseffecten zijn in tabel 4 aangegeven met een sterretje. Uit de resultaten blijkt dat in de actieve behandelcondities significante verbeteringen worden geconstateerd op de Y-BOCS en de patiënt- en beoordelaarscores van de VSA. Dit in tegenstelling tot wachtlijstconditie, waarin geen significante verbeteringen werden geconstateerd. Op de PI-R werden geen significante verbeteringen vastgesteld.

Tabel 4

Gemiddelden en standaarddeviaties op de maten voor dwangklachten (Y-BOCS), algemene psychopathologie (SCL-90) en depressiviteit (BDI) op de vier meetmomenten per conditie. Analyse van de completers

	Voormeting		Tussenmeting ^a		Nameting ^a		Follow-up ^b	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Y-BOCS								
Cognitieve therapie	25.0	6.7	21.6	10.3	13.5*	9.7	11.0	7.5
Exposure & Responspre-ventie	24.7	7.7	18.6*	8.5	17.1*	8.4	11.1*	7.1
Fluvoxamine + Cognitieve therapie	26.0	6.6	20.8*	7.3	15.6*	5.4	13.7	5.4
Fluvoxamine + Exposure & Responspre-ventie	24.8	8.6	20.2*	9.2	12.6*	6.6	10.1	7.5
Wachtlíjst	26.8	6.4	26.4	6.8				
SCL-90								
Cognitieve therapie	205.0	60.2	182.8	56.4	163.4*	44.4	149.2*	43.1
Exposure & Responspre-ventie	187.5	45.5	166.3	40.8	184.3	55.5	156.0	65.2
Fluvoxamine + Cognitieve therapie	209.1	56.2	178.5*	41.5	162.0*	42.7	166.4	51.9
Fluvoxamine + Exposure & Responspre-ventie	207.7	61.5	180.1*	53.8	154.5*	51.4	149.3	50.3
Wachtlíjst	194.8	56.7	189.6	62.3				
BDI								
Cognitieve therapie	18.2	10.9	13.5	8.8	9.9*	7.0	7.7	6.5
Exposure & Responspre-ventie	17.6	7.6	13.3*	6.5	19.9	8.8	8.9*	8.6
Fluvoxamine + Cognitieve therapie	18.8	9.9	13.8*	5.6	10.8*	6.6	9.4	8.9
Fluvoxamine + Exposure & Responspre-ventie	19.8	12.0	13.8*	.6	10.1*	7.2	8.8	6.7
Wachtlíjst	16.8	8.1	15.4	9.3				

^a Toetsing t.o.v. voormeting ^b Toetsing t.o.v. nameting

* Significat verschil, t-toets voor gepaarde waarnemingen $p < .05$

De significante interactie-effecten op de VSA en de Y-BOCS werden verder geanalyseerd met t-toetsen (tweezijdige toets met $\alpha = 0.01$). Vergeleken met de wachtlijstconditie was cognitieve therapie effectiever op de VSA (scores van patiënt en beoordelaar). Exposure deed het beter dan de wachtlijstconditie op de VSA (alleen de beoordelaarscore) en fluvoxamine deed het beter op de Y-BOCS in vergelijking met de wachtlijstconditie. Verder werden er geen significante paarsgewijze verschillen gevonden.

De procedure werd herhaald voor de maten voor depressie (BDI) en algemene psychopathologie (SCL-90). Op de BDI werd een significant tijdseffect gevonden ($F(1,93) = 14.06, p = .000$). Het conditie-effect ($F(4,93) = .04, p = .997$) en het interactie-effect voor tijd en conditie ($F(4,93) = .31, p = .873$) waren niet significant. Het tijdseffect werd verder geanalyseerd met gepaarde t-toetsen (tweezijdige toets met $\alpha = 0.01$). In de beide fluvoxaminecondities en in de exposureconditie werd een significante afname gevonden. In tabel 4 staan de significante tijdseffecten aangegeven met een sterretje.

Op de SCL-90 waren de resultaten vergelijkbaar. Het tijdseffect was significant ($F(1,94) = 14.58, p = .000$) het conditie-effect echter niet ($F(4,94) = .55, p = .697$), evenmin als het interactie-effect van tijd en conditie ($F(4,94) = .71, p = .590$). De nadere analyse van het tijdseffect gaf alleen een significante afname in de beide fluvoxaminecondities te zien.

Resultaat na zestien sessies: de nameting

De tweede MANOVA met vijf dwangvariabelen (VSA patiënt-, therapeut- en beoordelaarscore, Y-BOCS en PI-R), twee meetmomenten (voor- en nameting) en vier behandelcondities, leverde een significant tijdseffect op ($F(5,55) = 49.02, p < .001$). Er werd geen interactie-effect ($F(15,171) = 0.67, p = 0.81$) en geen conditie-effect ($F(15,171) = 1.37, p = 0.17$) vastgesteld. Dit betekent dat de combinatiecondities niet effectiever waren dan de (cognitieve) gedragstherapie condities alleen. In alle behandelcondities werd tussen de voor- en nameting een significante afname van de dwangproblematiek geconstateerd (zie tabel 4).

Vergelijkbare resultaten werden gevonden met de MANOVA met de BDI en de SCL-90: een significant tijdseffect voor de zowel de BDI ($F(1,63) = 38.10, p < 0.00$) als de SCL-90 ($F(1,63) = 29.64, p < 0.001$) maar geen significant interactie- of conditie-effecten. Bij nadere analyse van het tijdseffect bleek een signi-

ficante verbetering voor beide maten in de cognitieve-therapieconditie en in de fluvoxaminecondities.

Resultaat na een half jaar: de follow-up meting

MANOVAs voor herhaalde metingen (drie meetmomenten) en vier behandelcondities leverden significante tijdseffecten op voor alle uitkomstmaten (Y-BOCS: $F(1,57) = 217.42, p < .0001$; BDI: $F(1,57) = 58.25, p < .0001$; SCL90: $F(1,58) = 52.57, p < .0001$). Er werden geen hoofdeffecten voor conditie of interactie gevonden. Ook bij follow-up bleek er dus geen verschil in effect tussen de vier behandelcondities.

Het tijdseffect werd verder geanalyseerd met gepaarde t-toetsen voor de verschillende effectmaten. Op de Y-BOCS werd tussen de nameting en de follow-up meting een significant effect gevonden ($t(60), p < .0001$). Dit gold ook de voor de BDI (nameting - follow-up $t(59) = -2.18, p = .033$). Op de SCL-90 werd tussen nameting en follow-up een trend geconstateerd ($t(58) = -1.75, p = .085$). De analyse werd herhaald voor de behandelcondities afzonderlijk. Alleen in de exposureconditie werd op de Y-BOCS nog een significante verbetering vastgesteld tussen de nameting en de follow-up meting ($t(15) = -2.71, p = .016$). Bij de andere effectmaten werden alleen voor de cognitieve-therapieconditie (SCL-90: $t(16) = -2.58, p = .020$) en voor de exposureconditie (BDI: $t(15) = -2.53, p = .023$) significante verbeteringen gevonden.

8.3.3 Effect van de behandeling: intent-to-treat-analyse

De analyse is herhaald voor alle patiënten, inclusief de uitvallers. Ook hier werden alleen significant tijdseffecten gevonden voor de drie effectmaten en werden er geen verschillen tussen de behandelcondities geconstateerd.

8.3.4 Responders

De RCID op de belangrijkste uitkomstmaat, de Y-BOCS, is een verbetering van tenminste zes punten. Het criterium voor een klinische significante verbetering bij nameting (twee standaarddeviaties onder het gemiddelde van de hele groep) is een Y-BOCS van 12 of minder. Een patiënt wordt tot de responders gerekend als hij op de Y-BOCS een score heeft van 12 of minder én minimaal zes punten op diezelfde Y-BOCS is verbeterd. Hetzelfde criterium werd gebruikt om de responders bij follow-up te definiëren.

Na zestien weken behandeling zijn er van degenen die de behandeling voltooiden (completers) 25 responders (35.7%) en 45 nonresponders (64.3%). Een halfjaar later is er een aanzienlijke verandering in dit beeld. Van de responders zijn er twee teruggevallen. Van de 45 patiënten die bij de nameting als nonresponders te boek stonden, bleken er zeventien bij de follow-up meting alsnog responder zijn geworden (zie tabel 5). Gemiddeld kregen deze patiënten na de experimentele periode nog 7.3 therapie zittingen (range van 0 - 14 zittingen). Eén patiënt kreeg geen behandeling meer. Drie behandelingen werden op de oude voet voortgezet. In de andere gevallen werd er in min of meerdere mate van strategie veranderd. Drie patiënten die alleen gedragstherapie hadden gehad kregen alsnog medicatie. Van vijf patiënten werd de medicatie gestaakt. Bij vijf patiënten werd de inhoud van de gedragstherapie veranderd afhankelijk van de conditie. Patiënten die cognitieve therapie hadden gehad kregen nu meer exposure erbij en andersom.

Tabel 5

*Aantal responders en nonresponders bij nameting en follow-up.
Patiënten die de behandeling voltooiden*

Follow-Up meting	Nameting		Totaal
	Nonresponder	Responder	
Nonresponder	22	2	24
Responder	17	20	37
Geen follow-up gegevens	6	3	9
Totaal	45	25	70

8.3.5 Effectgrootte

De effectgrootte Cohen's d voor de verschillende behandelcondities op de Y-BOCS is vermeld in tabel 6. De berekeningen zijn uitgevoerd voor de nameting en de follow-up meting.

Tabel 6

Effectgrootte (ES) per conditie bij nameting en follow-up meting.

Analyse van de patiënten die de behandeling hebben voltooid

	Nameting		Follow-up meting	
	<i>n</i>	ES	<i>n</i>	ES
Cognitieve therapie	19	1.46	17	1.73
Exposure & Responspreventie	19	1.20	16	1.61
Fluvoxamine + Cognitieve therapie	14	1.82	12	1.63
Fluvoxamine + Exposure & Responspreventie	18	1.63	16	1.61

8.3.6 Bijwerkingen van de medicatie

Over het algemeen werd fluvoxamine goed verdragen. Veranderingen tussen voor- en tussenmeting en voor- en nameting wat betreft percentage patiënten met bijwerkingen, werden geanalyseerd met een McNemar test voor gepaarde proporties. Van de 44 bijwerkingen werd voor slaperigheid een significante verandering gevonden bij de tussenmeting: 0% (bij de voormeting, toen er nog geen medicatie werd genomen) tegenover 17% van de patiënten rapporteerden meer slaperigheid na acht weken behandeling met fluvoxamine ($\chi^2(1) = 7.36, p < 0.01$). Bij de nameting werd alleen een significante verandering gevonden voor toename van transpireren: 0% versus 22% ($\chi^2(1) = 6.00, p = 0.03$).

8.4 Discussie

De belangrijkste twee conclusies uit dit onderzoek zijn de volgende:

- Er blijkt geen verschil in effectiviteit tussen een combinatie van cognitieve gedragstherapie en fluvoxamine en cognitieve gedragstherapie alleen, wanneer fluvoxamine wordt gegeven vóór de start van cognitieve therapie of exposure en responspreventie.
- Een aanzienlijk aantal patiënten die bij de nameting als nonresponder te boek stonden, bleek bij follow-up alsnog responder.

Onderzoek waarin medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen worden vergeleken, levert een aantal specifieke moeilijkheden op. Dit zijn: de verdeling van de therapeuten over de condities en het aantal en de duur van de sessies (Elkin e.a., 1988a, 1988b). In het hier beschreven onderzoek vormde de klinische praktijk het uitgangspunt voor het beleid in deze. De medicamenteuze behandeling werd gedaan door psychiaters en de cognitieve gedragstherapie door ervaren gedragstherapeuten. Een consequentie van deze opzet was dat in de eerste weken van het onderzoek de verdeling van disciplines van therapeuten over de verschillende behandelcondities niet evenwichtig was. Ook was er in de eerste acht weken van het onderzoek verschil in de duur van de sessies voor de fluvoxamine- en (cognitieve)gedragstherapie- condities. In de fluvoxaminecondities, waar in de eerste acht weken nog geen gedragstherapie werd gegeven, duurde een sessie een half uur, waar de sessies van de (cognitieve) gedragstherapiecondities 45 minuten in beslag namen. Hoewel het totaal aantal sessies gelijk was voor alle condities, was het aantal (cognitieve) gedragstherapie sessies niet gelijk. Er was immers gekozen voor een behandeling waarbij gestart werd met fluvoxamine vóórdat de combinatie werd gegeven. Tenslotte kregen de patiënten uit de combinatiecondities na de tussenmeting een andere therapeut (een gedragstherapeut in plaats van een psychiater), terwijl de patiënten uit de (cognitieve) gedragstherapiecondities niet van therapeut wisselden. Deze verschillen kunnen van invloed zijn geweest op de resultaten. Uit andere studies, waarin of eerst gestart werd met een monotherapie (Marks e.a., 1980; Marks e.a., 1988) of de combinatie direct gegeven wordt (Cottraux e.a., 1990; Foa e.a., 1992) en uit een meta-analyse van behandelresultaten van OCS (Van Balkom e.a., 1994) blijkt echter eveneens dat de combinatieconditie geen betere resultaten geeft dan cognitieve-gedragstherapie alleen.

Als gevolg van de opzet van deze studie konden de effecten van de afzonderlijke behandelingsrediënten (cognitieve interventies, exposure en responspreventie en fluvoxamine alleen) vergeleken worden met een niet-behandelconditie. Hiermee kon echter alleen gecontroleerd worden voor spontaan herstel (Hollon e.a., 1991). Dit betekent dat geen er controle was voor nonspecifieke behandel-effecten. Strikt gesproken kunnen er daarom geen conclusies worden getrokken over de specifieke effecten van cognitieve gedragstherapie en fluvoxamine. Omdat de gemiddelde duur van de klachten 12.5 jaar was, en het placebo-effect bij deze stoornis klein, (Van Balkom e.a., 1994) is het zeer on-

waarschijnlijk dat de verbetering in de behandelcondities toe te schrijven is aan een placebo-effect.

In overeenstemming met eerder onderzoek (Marks, e.a., 1975; O'Sullivan & Marks, 1990) blijkt ook uit deze studie dat het resultaat op korte termijn een goede voorspeller is voor het langetermijneffect. Dit geldt echter alleen voor de positieve resultaten. Succes kan voorspeld worden, non respons niet. Ruim één derde van de patiënten die bij nameting als nonresponder te boek stonden, werd bij follow-up alsnog responder

In dit onderzoek kwamen alle behandelcondities overeen met de actuele klinische praktijk (Hollon e.a., 1991). Dit betekent dat de volgende richtlijnen voor de klinische praktijk kunnen worden gegeven. Als er mogelijkheden zijn voor een behandeling door een ervaren behandelaar, is cognitieve therapie of exposu-
re met responspreventie de eerste keus. Deze behandelingen zijn net zo effectief als combinatiebehandelingen, bovendien is het aantal uitvallers kleiner. Bij een wachtlijst voor (cognitieve) gedragstherapie, wordt gestart met een medicamenteuze behandeling, die later gecombineerd wordt met cognitieve therapie of exposure met responspreventie. Wanneer bij een behandeling na ongeveer vier maanden nog geen duidelijke verbeteringen blijken, heeft het toch zin de behandeling voort te zetten.

9 PREDICTIE ONDERZOEK BIJ VOLWASSENEN*

9.1 Inleiding

Ongeveer de helft van de patiënten met een dwangstoornis heeft geen of weinig baat bij behandeling. Een deel van hen weigert de aangeboden therapie, een deel haakt af tijdens de behandeling (drop-out percentages van 10% tot 26%: Jenike e.a., 1989; The Clomipramine Collaborative Study Group, 1991; Cottraux, e.a., 1990) en er is een groep patiënten die niets of weinig verandert ondanks de therapeutische bemoeienis. Het is de vraag of er factoren zijn waarmee deze mislukkingen voorspeld kunnen worden. Het onderzoek naar predictieve factoren richt zich vooral op de groep patiënten die ondanks de therapie niet verbetert. Verschillende onderzoekers hebben gepoogd het resultaat te voorspellen aan de hand van factoren die al vóór het begin van de behandeling waren vast te stellen. Daarnaast kunnen er ook predictoren zijn die tijdens de behandeling duidelijk worden, zoals het effect op korte termijn.

De resultaten van het predictieonderzoek zijn niet eenduidig. Factoren die een predictieve waarde blijken te hebben in het ene onderzoek, blijken in het volgende onderzoek niets te kunnen voorspellen. Verschillen in de onderzoeksopzet zijn hier voor een belangrijk deel debet aan. Factoren worden op verschillende manieren gedefinieerd en gemeten en lang niet altijd worden dezelfde factoren bij de berekeningen betrokken. Daarnaast is het aantal onderzochte patiënten vaak klein of is de groep te homogeen met betrekking tot de factoren die onderzocht worden (vergelijk Ackerman e.a., 1994). Een interessant gegeven is dat er geen verschillende predictoren worden gevonden voor het effect van gedragstherapie en het effect van medicatie. De meest onderzocht predictoren worden hieronder besproken.

In een overzicht naar predictoren voor het effect van gedragstherapie komen Steketee en Shapiro (1995) tot de conclusie dat leeftijd, sekse, burgerlijke staat,

* Dit hoofdstuk is gebaseerd op: E. de Haan, P. van Oppen, A.J.L.M. van Balkom, Ph. Spinhoven, C.A.L. Hoogduin, & R. van Dyck (in press.) Prediction of outcome and early versus late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

opleiding, het al of niet alleen wonen, de aard van de klachten, de duur van de klachten, de ernst van de klachten en de mate van angst, over het algemeen weinig invloed hebben op het resultaat. Ook bij patiënten die behandeld worden met antidepressiva alleen of in combinatie met gedragstherapie hebben deze factoren over het algemeen geen relatie met het resultaat van de behandeling (Cottraux e.a., 1993; Orloff e.a., 1994; Thoren e.a., 1980; Marks e.a., 1975).

Leeftijd waarop de klachten zijn begonnen

Verondersteld wordt dat de leeftijd waarop de klachten begonnen zijn van invloed is op het resultaat van de behandeling (Pauls e.a., 1993). Uit de meeste studies naar het resultaat van gedragstherapie blijkt geen relatie (Steketee & Shapiro, 1995). Bij onderzoek naar het resultaat van antidepressiva werd eenmaal geen (Orloff e.a., 1994) en eenmaal wel een relatie gevonden (Ackerman e.a., 1994). In de studies waarin wel een relatie werd gevonden waren de bevindingen tegenstrijdig. Tweemaal werd een positieve relatie gevonden: hoe jonger des te groter het effect van gedragstherapie bij follow-up (Emmelkamp e.a., 1983; Foa e.a., 1983). Ackerman e.a. (1994) vonden het tegenovergestelde bij een behandeling met clomipramine. Hoe jonger de patiënt was bij het begin van de klachten, hoe kleiner de kans op een geslaagde behandeling was.

Ernst van de klachten

De ernst van de dwangstoornis op zichzelf is meestal niet een predictor voor het resultaat van therapie, dit geldt zowel voor gedragstherapie als voor een behandeling met antidepressiva (Steketee & Shapiro, 1995; DeVaugh-Geiss e.a., 1990; Ackerman e.a., 1994). Driemaal werd wel een relatie gevonden bij zowel gedragstherapie als bij een behandeling met antidepressiva of beiden (Cottraux e.a., 1993; Keijsers e.a., 1994a; Orloff e.a., 1994). Als de ernst van de stoornis aan de hand van meer criteria wordt vastgesteld blijkt er eveneens predictieve waarde. In twee onderzoeken bleken respectievelijk de duur van de klachten (Hoogduin & Duivenvoorden, 1988) en de mate waarin het maatschappelijk functioneren verstoord was (Basoglu e.a., 1988) van belang.

Depressiviteit

Steketee en Shapiro (1995) vonden in vijf van de negen studies op korte termijn een relatie met de mate van depressiviteit. Bij follow-up werd in één van de vijf studies een verband gevonden. Het is voor de hand liggend dat depressiviteit voorspellende waarde heeft voor het succes van een behandeling met

antidepressiva. De resultaten van onderzoek zijn hier echter niet duidelijk. In twee studies (Castle e.a., 1994; Orloff e.a., 1994) bleek de mate van depressiviteit het behandelresultaat niet te voorspellen. Ackerman e.a. (1994) vonden een U-vormige relatie met het therapieresultaat. Een lage score op de Hamilton depressie-schaal (minder dan 4) correleert met een gunstig therapieresultaat, evenals een hoge score (hoger dan 16).

Motivatie

Motivatie voor therapie is een nog weinig onderzochte variabele. Uit twee studies (Hoogduin & Duivenvoorden, 1988; Keijsers e.a., 1994a) blijkt motivatie één van de factoren die het effect van gedragstherapie voorspellen. Mawson e.a. (1982) vonden een niet significante relatie tussen motivatie en het resultaat van de behandeling.

Persoonlijkheidsstoornissen

Het onderzoek naar de predictieve waarde van persoonlijkheidsstoornissen levert geen eenduidig beeld op. Jenike e.a. (1986) vonden een negatieve relatie tussen een schizotypische persoonlijkheidsstoornis en het behandelresultaat met antidepressiva. De persoonlijkheidsstoornissen waren echter retrospectief vastgesteld. Dit geldt ook voor het onderzoek van dezelfde groep naar het effect van gedragstherapie. Ook hier werd weer een negatieve relatie met schizotypische persoonlijkheidsstoornissen gevonden (Minichiello e.a., 1987). In studies waarbij persoonlijkheidsstoornissen prospectief werden bepaald, werd tweemaal een negatieve relatie gevonden met het behandelresultaat, éénmaal voor medicamenteuze therapie, éénmaal voor gedragstherapie. Baer e.a. (1992) vonden een negatieve relatie tussen het resultaat van de behandeling en een cluster-A-persoonlijkheidsstoornis, een schizotypische persoonlijkheidsstoornis en de aanwezigheid van meer persoonlijkheidsstoornissen. Uit de studie van Fals-Stewart en Lucente (1993) naar het resultaat van gedragstherapie bleek dat een combinatie van schizoïde, schizotypische, vermijdende en afhankelijke persoonlijkheid een slechter behandelresultaat voorspelt. Driemaal werd geen relatie gevonden. In de studie van Mavissakalian e.a. (1990) naar het effect van clomipramine en de studies van Steketee (1990) en Dreessen e.a. (1995) naar het effect van gedragstherapie waren persoonlijkheidsstoornissen geen predictor voor het resultaat. Dreessen e.a. (1995) vonden op lange termijn een trend voor de

schizotypische persoonlijkheidsstoornis (negatieve relatie), en een positieve relatie met de paranoïde persoonlijkheidsstoornis.

Factoren tijdens de behandeling

De meest onderzochte voorspellende factor tijdens de behandeling is het resultaat op korte termijn. Marks e.a. (1975) onderzochten in hoeverre het resultaat bij follow-up voorspeld werd door het behaalde resultaat na de experimentele periode. Er bleek een sterke relatie tussen de respons tijdens de eerste drie weken van de behandeling en het resultaat bij follow-up na twee jaar. Er bleek een nog sterkere relatie tussen het resultaat bij follow-up na zes maanden en bij follow-up na twee jaar. Van de veertien patiënten in zijn onderzoek die 'sterk verbeterd' waren (50% of meer), waren er bij follow-up na twee jaar maar twee, bij wie de verbetering niet gedurende de eerste drie weken van de exposure was begonnen. Ook uit ander follow-up-onderzoek blijkt dat de behaalde resultaten bij follow-up behouden blijven (zie voor een overzicht O'Sullivan en Marks, 1990). Dit betekent dat een positief effect van de behandeling aan de hand van een vroeg gunstig resultaat voorspeld kan worden. Of dit ook impliceert dat het ontbreken van een gunstig resultaat op korte termijn een slecht resultaat op lange termijn voorspelt is niet duidelijk.

In de hier beschreven studie werden factoren onderzocht die prognostische betekenis kunnen hebben voor het resultaat van de behandeling, zowel op korte termijn als bij follow-up. Tevens werd onderzocht of er factoren zijn die specifiek de reactie op cognitieve gedragstherapie dan wel op een combinatie van deze therapie met farmacotherapie kunnen voorspellen. Dit onderzoek maakt deel uit van de in hoofdstuk 8 beschreven studie.

Op grond van eerder onderzoek en klinische impressies werden de volgende factoren op hun predictieve waarde onderzocht:

- Demografische variabelen: woonsituatie, werksituatie;
- Variabelen met betrekking tot de klachten: duur van de klachten, leeftijd waarop de klachten zijn begonnen, eerdere behandelingen;
- Depressiviteit;
- Algemene psychopathologie;
- Persoonlijkheidsstoornissen, met name DSM cluster-A-persoonlijkheidsstoornis (schizotypische-, schizoïde- en paranoïde persoonlijkheidsstoornis);
- Motivatie voor de behandeling;

9.2 Methode

Voor een beschrijving van de selectie van de patiënten, de onderzoeksopzet en de behandeling wordt verwezen naar hoofdstuk 8.

Meetinstrumenten

Als predictiemaat zijn gebruikt de in hoofdstuk 8 beschreven effectmaten (de voormeting van de Y-BOCS, BDI, en SCL-90) en:

- PDQ-R (Personality Disorder Questionnaire, Revised version). Dit is een zelf-beoordelingsschaal, bestaande uit 152 juist/onjuist-vragen die de criteria van de verschillende DSM-III-R persoonlijkheidsstoornissen op de voet volgen (Hyler, e.a., 1982). Er werden berekeningen gedaan met dimensionele cluster-A-scores (Widiger & Frances, 1985).
- Nijmeegse Motivatie Lijst (NML; Keijsers e.a., 1991). De subschaal 'inzet' ('willingness to participate') bleek in eerder onderzoek één van de predictieve factoren (Keijsers e.a., 1994a). Deze schaal bevat zes items: bereidheid zich in te zetten voor de therapie, bereidheid alles opzij te zetten voor de therapie, bereidheid zich aan afspraken te houden, de overtuiging dat klachten een lichamelijke oorzaak hebben, doorzettingsvermogen, geloof in de therapie;
- De leeftijd waarop de klachten begonnen zijn is berekend als dichotomie met een beginleeftijd vóór het 18de jaar en erna;
- De woonsituatie is als dichotomie gebruikt: al of niet alleen wonen;
- De werksituatie is eveneens als dichotomie berekend: het hebben van werk of volgen van een studie versus werkloos zijn of een uitkering hebben. 'Huisvrouw' is bij de eerste groep gerekend.

De vragenlijsten zijn afgenomen tijdens de eerste testzitting. De leeftijd waarop de klachten begonnen zijn, de werksituatie en de woonsituatie zijn vastgesteld tijdens het intakegesprek.

Data analyse

Met een lineaire regressieanalyse is de mate waarin de resultaatscores voorspeld worden door de beginscores vastgesteld. Hierna zijn verdere berekeningen gedaan met residu scores. Residu scores geven de niet door de beginscores verklaarde variantie weer. Aan de hand van berekeningen met deze residu scores en mogelijke predictoren kan worden vastgesteld in hoeverre de residuen (niet door de beginscores verklaarde variantie) door andere factoren verklaard worden.

Hiertoe werden de residu scores gecorreleerd met de continue variabelen (SCL-90, BDI, PDQ-R cluster-A-dimensionele scores, NML-inzet, duur van de klachten). De gemiddelden van de residuen van groepen die op grond van de nominale en gedichotomiseerde variabelen (woonsituatie, eerdere behandeling, werksituatie, leeftijd bij begin van de klachten) waren geformeerd, werden met elkaar vergeleken met behulp van t-toetsen. Omdat As-1-psychopathologie samenhangt met persoonlijkheidsstoornissen werd bij de berekening van de relatie tussen het resultaat van de behandeling en de clusterscore A van de PDQ-R hiervoor gecontroleerd. Hiertoe werd een multiple regressieanalyse gedaan waarbij gecontroleerd werd voor de SCL-90 scores, als maat voor As-1-psychopathologie.

Alle berekeningen zijn zowel uitgevoerd voor de patiënten die de behandeling hebben voltooid (completers-analyse) als voor alle patiënten, dus inclusief de uitvallers (intent-to-treat-analyse). De berekeningen zijn uitgevoerd voor de meting na de experimentele periode (nameting) en voor de follow-up-meting na zes maanden.

De predictieve waarde van de verschillende factoren is tevens onderzocht voor de gedragstherapiecondities en de combinatiecondities afzonderlijk. Hiertoe zijn de twee gedragstherapiecondities (cognitieve therapie en exposure en responspreventie) samengevoegd, evenals de beide combinatiecondities (fluvoxamine en (cognitieve) gedragstherapie). De samengevoegde behandelcondities zijn gecodeerd als dummy variabele (gedragstherapiecondities = 0, combinatiecondities = 1). Vervolgens zijn er interactiescores berekend (dummy x predictiescores). In het regressiemodel was de residu score op de Y-BOCS de afhankelijke variabele; de dummybehandelconditie-scores, de predictiescores en de interactiescores waren de onafhankelijke variabelen.

Tenslotte is vastgesteld in hoeverre de verschillende factoren responders en nonresponders kunnen voorspellen. Hiertoe is de relatie met de verschillende mogelijke predictoren onderzocht door middel van t-toetsen voor de continue variabelen en χ^2 -toetsen voor de nominale variabelen.

9.3 Resultaten

9.3.1 Intent-to-treat-analyse

Het resultaat bij de nameting – de meting na afloop van de experimentele periode – wordt voor 27% verklaard door de voormeting. In tabel 1 wordt het resultaat van de residu-analyse gepresenteerd. Er blijkt één predictor: de motivatie voor de therapie, gemeten op de subschaal van de NML, NML-inzet. Een lage score op deze motivatiemaat (wat betekent dat de patiënt zeer gemotiveerd is) voorspelt een gunstig therapieresultaat. Er wordt een trend gevonden voor de scores op de PDQ-R cluster-A-persoonlijkheidsstoornis. Een hoge score op deze vragenlijst voorspelt (niet significant) een slechter therapieresultaat.

Bij de follow-up meting wordt 22% van de variantie verklaard door de voormeting. Opnieuw blijkt gemotiveerdheid voor therapie een predictor voor het therapieresultaat (tabel 1). De bij de nameting gevonden trend voor de cluster-A-score van de PDQ-R, wordt bij follow-up significant. Bij een multiple regressie analyse waarbij gecorrigeerd wordt voor de SCL-90 scores, blijkt de cluster-A-persoonlijkheidsstoornis niet langer een significante predictor, niet bij de nameting ($\beta = .21, p = .092$), evenmin bij de follow-up ($\beta = .21, p = .095$).

Omdat het de vraag is in hoeverre er een samenhang is tussen de scores op de NML-inzet schaal en de cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen (hebben patiënten met een hoge score op de PDQ-R cluster A een geringe motivatie voor de behandeling?) is deze relatie onderzocht. De correlatie tussen de NML-inzet en de cluster A score is .20 ($p = 0.03$). Hoewel dit significant is, is het onderlinge verband tussen deze twee meetinstrumenten zwak, wat betekent dat de patiënten met een hoge score op de PDQ-R cluster-A-persoonlijkheidsstoornis niet identiek zijn aan de patiënten met een geringe motivatie voor de behandeling.

9.3.2 Analyse van de patiënten die de behandeling hebben voltooid

De analyse van de residuen is herhaald voor de patiënten die therapie hebben afgemaakt. Hier werd geen enkele predictor gevonden, niet bij de nameting ($n = 70$) en niet bij de follow-up-meting ($n = 61$).

Op grond van het feit dat bij de patiënten die de behandeling voltooiden de scores op de motivatietest en de cluster A persoonlijkheidsstoornis geen predictieve waarde meer hebben, kan verondersteld worden dat geringe motivatie en cluster A persoonlijkheidsstoornissen vooral gevonden worden bij patiënten die

de behandeling niet afmaakten (uitvallers). Dit blijkt het geval voor de scores op de motivatietest. De uitvallers scoren significant minder gemotiveerd dan de patiënten die de behandeling voltooiden ($t(96) = -2.19, p = .031$). Voor de cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen worden echter geen significante verschillen gevonden ($t(41) = -1.35, p = .183$).

Tabel 1

Residu-analyse bij alle patiënten (intent-to-treat-analyse) t-waarden voor de nominale en gedichotomiseerde variabelen en correlaties voor de continue variabelen

Variabele	Nameting <i>n</i> = 98		Follow-up meting <i>n</i> = 98	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Woonsituatie (alleen/niet alleen)	-.25	.804	.28	.781
Eerder behandeling (ja/nee)	-1.15	.255	-.31	.754
Werksituatie (wel/geen uitkering)	-1.43	.155	-1.65	.102
Leeftijd begin klachten (voor/na 18e Jaar)	.91	.365	1.27	.206
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
SCL-90	.087	.397	.163	.110
BDI	.043	.674	.130	.205
NML-Inzet	.272	.007	.330	.001
Cluster A Dimensioneel	.190	.060	.236	.019
Duur klachten	.035	.735	-.029	.780

9.3.3 Responders en nonresponders

De effectmaat is gedichotomiseerd in responders en nonresponders. In tabel 2 zijn de resultaten van de intent-to-treat-analyse weergegeven. Hier bleek de subschaal van de NML een predictor, zowel bij de nameting als bij de follow-up meting. Opnieuw voorspelde een lage score een goed resultaat (responder), een hoge score een slecht (nonresponder). Voor de dimensionele score van de cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen werd bij nameting een trend gevonden, bij follow-up was deze score een significante predictor. Een hoge score voorspelde een ongunstig resultaat (nonresponder) een lage score een gunstig (responder). Dit effect verdween wanneer gecorrigeerd werd voor de scores op de SCL-90 bij voormeting ($\beta = -2.82, p = .15$).

Tabel 2

Residu-analyse voor de groep responders vs nonresponders (alle patiënten) χ^2 voor de nominale en gedichotomiseerde variabelen en t-waarden voor de continue variabelen

Variabele	Nameting <i>n</i> = 98		Follow-up meting <i>n</i> = 98	
	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
Woonsituatie (alleen/niet alleen)	.76	.382	.30	.583
Eerder behandeling (ja/nee)	.89	.346	.49	.484
Werksituatie (wel/geen uitkering)	1.95	1.62	.83	.363
Leeftijd begin klachten (voor/na 18e Jaar)	1.27	.259	1.32	.250
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Y-BOCS voormeting	1.59	.117	.05	.957
SCL-90	1.55	.124	1.17	.246
BDI	.96	.338	.80	.423
NML-Inzet	2.41	.018	3.09	.003
Cluster A Dimensioneel	1.81	.073	2.02	.046
Duur klachten	-.96	.340	-.64	.526

In tabel 3 worden de resultaten van de analyse van de patiënten die de behandeling hebben voltooid, gepresenteerd. Hier bleek een trend (in dezelfde richting als bij de eerder vermelde analyses) voor de NML subschaal bij de nameting. Dit effect was verdwenen bij de follow-up meting. Voor de Y-BOCS voormeting werd eveneens een trend gevonden. Een hoge score op de Y-BOCS voorspelde (niet significant) een slechter resultaat. Ook dit effect verdween bij de follow-up meting.

Tabel 3

Residu-analyse voor de groep responders vs nonresponders (completers-analyse) χ^2 voor de nominale en gedichotomiseerde variabelen en t-waarden voor de continue variabelen

Variabele	Nameting <i>n</i> = 70		Follow-up meting <i>n</i> = 61	
	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
Woonsituatie (alleen/niet alleen)	.287	.592	.005	.941
Eerder behandeling (ja/nee)	1.31	.253	2.261	.133
Werksituatie (wel/geen uitkering)	2.81	.094	.317	.573
Leeftijd begin klachten (voor/na 18e Jaar)	1.48	.223	2.36	.124
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Y-BOCS voormeting	1.87	.066	.35	.729
SCL-90	.91	.368	.79	.431
BDI	.25	.802	-.04	.972
NML-Inzet	1.96	.054	1.55	.127
Cluster A Dimensioneel	.93	.354	.74	.461
Duur klachten	-.58	.565	-.16	.867

Van de 45 patiënten die bij de nameting als nonresponders te boek stonden, bleken er zeventien bij de follow-up meting alsnog responders te zijn geworden. Gemiddeld kregen deze patiënten na de experimentele periode nog 7.3 therapie zittingen (range van 0 - 14 zittingen). Eén patiënt kreeg geen behandeling meer. Drie behandelingen werden op de oude voet voortgezet. In de andere gevallen werd er in min of meerdere mate van strategie veranderd. Drie patiënten die alleen gedragstherapie hadden gehad kregen alsnog medicatie. Bij vijf patiënten werd de medicatie gestaakt. Bij vijf patiënten werd de inhoud van de gedrags-therapie veranderd, afhankelijk van de conditie. Patiënten die cognitieve therapie hadden gehad kregen nu meer exposure en andersom.

Om na te gaan of er factoren zijn die de late reactie op de therapie kunnen voorspellen, is de groep late responders (nonresponders bij nameting, responders bij follow-up) vergeleken met de groep vroege responders (responders bij nameting en bij follow-up). Er bleek een relatie met de Y-BOCS voormeting ($t(35) = -2.85, p = .007$) en het eerder behandeld zijn ($\chi^2(1, N = 37) = 3.94, p = .047$). Late responders hebben een hogere Y-BOCS score bij het begin van de

behandeling en zijn vaker eerder behandeld voor dwangklachten. Een vergelijking van late responders met nonresponders levert minder verschillen op. Vergelijken met nonresponders zijn late responders vaker eerder behandeld voor hun klachten ($\chi^2(1, N = 39) = 5.51, p = .019$); er zijn echter geen verschillen in ernst van de problematiek bij het begin van de behandeling. In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van de Y-BOCS-scores van de drie groepen en van gegevens over eerdere behandeling.

Om na te gaan of de snelheid van verbetering gedurende de behandeling verschilt tussen de vroege, late en nonresponders, zijn de residu scores van de nameting vergeleken. Vroege responders hebben significant hogere residu scores dan zowel late ($t(35) = 5.16, p < 0.001$) als nonresponders ($t(40) = 7.77, p < .001$). Voor het verschil tussen de residu scores van de late responders en de nonresponders werd een trend gevonden ($t(37) = 1.91, p = 0.06$). Dit betekent dat drie groepen (vroege- versus late- en nonresponders) significant verschilden in de snelheid waarmee zij verbeteren, ongeacht de verschillen in ernst van de problematiek (Y-BOCS-scores) bij het begin van de behandeling.

Tabel 4

Eerdere behandelingen en gemiddelden en standaarddeviaties van de Y-BOCS scores van de nonresponders, late responders en vroege responders bij voor-, na- en follow-up meting

	<i>n</i>	Eerdere behand. ja/nee	Voormeting		Nameting		Follow-up meting	
			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Nonresponders	22	12/10	25.4	8.3	18.7	5.8	17.6	6.0
Late responders	17	15/2	28.0	6.3	17.5	4.0	9.2	2.9
Vroege responders	20	12/8	22.7	5.1	7.1	4.0	5.9	3.8

9.3.4 Differentiële predictie voor de gedragstherapiecondities versus de combinatiecondities

Bij de differentiële predictie bleek de variabele die de interactie tussen predictoren en behandelconditie representeert geen enkele keer significant, niet bij de nameting en niet bij de follow-up meting. Dit gold zowel voor de analyse van de patiënten die de behandeling hebben voltooid als voor alle patiënten (inclusief de uitvallers). Er werden dus geen predictoren gevonden specifiek voor een

behandeling met gedragstherapie dan wel een behandeling waarin gedragstherapie gecombineerd wordt met medicatie.

9.4 Discussie

Uit de predictieanalyses blijken twee factoren het resultaat van de behandeling in enige mate te kunnen voorspellen: een algemene therapiefactor, namelijk motivatie voor therapie, en de ernst van de dwangproblematiek; een derde factor, de dimensionele score op de cluster-A-persoonlijkheidsstoornis lijkt eveneens het resultaat van de behandeling te voorspellen. Deze voorspellende waarde verdwijnt echter wanneer gecontroleerd wordt voor algemene psychopathologie.

De ernst van de dwangproblematiek bij het begin van de behandeling verklaart respectievelijk 27% en 22% van de variantie van het resultaat van de meting en de follow-up-meting. De ernst van de dwangproblematiek blijkt te differentiëren tussen patiënten die op korte (vroeg responders) en patiënten die pas op langere termijn (follow-up, late responders) baat hebben bij de behandeling. De late responders hebben ernstiger klachten bij het begin van de behandeling dan de patiënten bij wie snel een gunstig resultaat werd bereikt.

Motivatie voor therapie is in vrijwel alle analyses een predictieve factor. Met name uitvallers en nonresponders blijken weinig gemotiveerd. Hoewel op grond van klinische impressies vaak verondersteld wordt dat motivatie een belangrijke factor is bij het welslagen van de therapie, is hier nauwelijks onderzoek naar gedaan (Garfield, 1994). De resultaten van het hier beschreven onderzoek komen overeen met die van eerder onderzoek met hetzelfde meetinstrument (Keijsers e.a., 1994a, 1994b; Hoogduin & Duivenvoorden, 1988).

Op grond van de resultaten van deze studie kan geconcludeerd worden dat de dimensionele score op de cluster-A-persoonlijkheidsstoornis van de PDQ-R een voorspellende waarde heeft voor het therapieresultaat. We kunnen echter niet concluderen dat (de dimensie van) een cluster-A-persoonlijkheidsstoornis een predictor blijkt te zijn. Het is bekend is dat er een vrij grote samenhang is tussen DSM As-I en As-II-stoornissen (Van den Brink, 1989). Ook in de hier beschreven studie werd een samenhang gevonden tussen algemene psychopathologie (As-I stoornis) gemeten op de SCL-90 en persoonlijkheidsstoornissen, in dit geval persoonlijkheidsstoornissen uit het cluster-A. De voorspellende waarde van de cluster-A-persoonlijkheidsstoornis verdween bij correctie voor psy-

chopathologie. Het blijft onduidelijk of de scores op de PDQ-R werden beïnvloed door de scores op de SCL-90 dan wel andersom. In eerder onderzoek kon de invloed van depressie (Hirschfield e.a., 1983), van 'toestandsangst' (Reich e.a. 1986) en van een dwangstoornis (Ricciardi, e.a., 1992) op instrumenten die persoonlijkheidsstoornissen meten worden aangetoond. De eerder vastgestelde persoonlijkheidsstoornissen lagen echter vooral in het cluster-C gebied. (Opgemerkt moet worden dat Hirschfield e.a. (1983) noch Reich e.a. (1986) de indeling van persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM volgden).

Een beperking van het onderzoek is het feit dat persoonlijkheidsstoornissen werden gemeten via een zelf-rapportage vragenlijst. Hoewel er nog geen betrouwbare methoden bestaan om persoonlijkheidsstoornissen vast te stellen, is men het er tegenwoordig over eens dat een semi-gestructureerd interview de voorkeur verdient (Dreessen e.a., 1995). Met zelf-rapportage vragenlijsten worden meer persoonlijkheidsstoornissen gediagnostiseerd dan met semi-gestructureerde interviews (Reich & Noyes, 1987; Hurt e.a., 1984).

Er werden geen predictoren gevonden die specifieke betekenis hadden voor de gedragstherapiecondities dan wel de gecombineerde condities. De veel gehoorde opvatting dat voor patiënten met ernstige klachten een combinatie van gedragstherapie en serotonerge antidepressiva de aangewezen behandeling is, wordt door de gegevens uit deze studie niet ondersteund.

In overeenstemming met eerder onderzoek (Marks, e.a., 1975; O'Sullivan & Marks, 1990) blijkt ook uit deze studie dat het kortetermijnresultaat een goede voorspeller is voor het langetermijnresultaat. Dit geldt echter alleen voor een positief resultaat. Ruim één derde van de patiënten die bij nameting als non-responders te boek stonden, werd bij follow-up alsnog responder. Deze late responders onderscheiden zich van de vroege door ernstiger klachten, door het feit dat zij vaker eerder zijn behandeld en door een langzamere verbetering. Vergelijken met nonresponders blijken hun dwangklachten echter niet ernstiger.

Uit de resultaten van deze studie kan geconcludeerd worden dat ernstige klachten geen reden zijn om niet aan een behandeling te beginnen, wel om de behandeling lang voort te zetten, ook als er niet meteen resultaat wordt geboekt. Het eerder behandeld zijn voor dwangklachten blijkt evenmin een argument om niet opnieuw een behandeling te starten. De bevinding dat motivatie van belang is voor het welslagen van de therapie, kan impliceren dat er aandacht gegeven moet worden aan technieken waarmee deze factor versterkt kan worden (vergelijk Arts e.a., 1993).

10 DISCUSSIE

10.1 Inleiding

Wanneer een onderzoek na een aantal jaren wordt afgesloten, komt er niet alleen een antwoord op een aantal vragen, ook wordt pas dan meestal duidelijk hoe het anders en vooral beter had gekund. Bij het afsluiten van het onderzoek in dit proefschrift was dat niet anders. A fortiori geldt dit voor het onderzoek bij kinderen en adolescenten. Dit is het eerste gecontroleerde onderzoek naar de effectiviteit van gedragstherapie en heeft onder de pioniersproblemen geleden.

In dit laatste hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies van dit proefschrift en de implicaties daarvan besproken. De beperkingen en problemen van het onderzoek worden doorgenomen. Tenslotte worden aanbevelingen gegeven voor verder onderzoek.

10.2 Conclusies

In het onderzoek van dit proefschrift stonden twee vragen centraal:

- Is er bij de behandeling van dwangstoornissen verschil in effectiviteit tussen gedragstherapie en antidepressiva of een combinatie van beide?
- Zijn er factoren op grond waarvan voorafgaand aan de behandeling of tijdens de behandeling voorspeld kan worden welke patiënten baat zullen hebben bij die behandeling en welke niet?

Beide onderzoeksvragen zijn bij kinderen en adolescenten en bij voor volwassenen patiënten met een dwangstoornis onderzocht.

10.2.1 Effectiviteit van gedragstherapie versus farmacotherapie of combinatietherapie

Het onderzoek bij kinderen en adolescenten is het eerste gecontroleerde onderzoek waarin de effectiviteit van gedragstherapie met farmacotherapie werd vergeleken. In beide condities werden significante verbeteringen geboekt, zowel wat betreft de dwangproblematiek als op maten voor depressiviteit en algemene psychopathologie. Gedragstherapie bleek significant effectiever bij de vermindering van de dwangproblematiek (gemeten op de CY-BOCS). Er bleek geen verschil in effect op maten voor de omvang van de dwangproblemen (LOI-CV), voor depressiviteit (KDS) en voor algemene psychopathologie (CBCL).

Gemiddeld verbeterden de patiënten in deze studie ongeveer 50% (op de CY-BOCS). Van belang is dat er grote individuele verschillen waren in de mate waarin de behandeling effectief was. Na twaalf weken behandelen lagen de verbeteringspercentages tussen -9% en 100%. Deze grote variabiliteit in respons werd ook al in eerder onderzoek (naar de effectiviteit van antidepressiva) gevonden (Flament e.a., 1985).

In het onderzoek bij kinderen en adolescenten werd farmacotherapie zonder enige vorm van psychotherapie gegeven. Vergeleken met de resultaten van andere studies naar het effect van antidepressiva, was de effectiviteit aan de lage kant. Verondersteld kan worden dat deze 'kale' vorm van behandelen hieraan debet was. In de eerdere studies werden adviezen gegeven over het omgaan met de dwangrituelen en de dwanggedachten. Aangenomen wordt dat de medicatie angstdempend werkt, waarmee de noodzaak om de dwangrituelen uit te voeren afneemt. De medicijnen zouden de dwangsymptomen dus niet rechtstreeks beïnvloeden. Dit zou kunnen verklaren waarom een medicamenteuze therapie, waarbij (weliswaar niet systematisch) wordt geadviseerd de rituelen te staken, meer effect heeft op de frequentie van de dwangrituelen dan een behandeling, waarin wordt gezegd dat de rituelen vanzelf zullen verdwijnen.

In het onderzoek bij volwassen patiënten werd aangetoond dat een combinatie van cognitive gedragstherapie met farmacotherapie (fluvoxamine) niet effectiever is dan cognitieve gedragstherapie alleen. Verondersteld zou kunnen worden dat de combinatiebehandeling aangewezen is voor patiënten met een hoge score op een depressievragenlijst of voor patiënten met ernstige dwangklachten. Uit de predictiestudie blijkt dit echter niet. Bij de differentiële predictie werden geen predictoren gevonden die specifiek waren voor de combinatiecondities of de cognitieve gedragstherapiecondities. De resultaten van deze studie leveren geen argumenten voor een combinatie behandeling boven een behandeling met gedragstherapie alleen. Alleen wanneer er een wachtlijst bestaat voor de behandeling met gedragstherapie heeft het zin alvast te starten met medicatie. In die gevallen zullen de nadelen van medicatie (bijwerkingen, grotere kans op uitvallers) moeten worden afgewogen tegen de voordelen van eerder met de behandeling kunnen starten.

In het onderzoek bij kinderen en adolescenten werden patiënten die in de experimentele periode (twaalf zittingen) minder dan 30% verbeterden op de CY-BOCS, verder behandeld in een open studie. Uit de resultaten van deze open stu-

die bleek dat het toevoegen van gedragstherapie aan de medicatie voor twee van de drie patiënten en medicatie aan gedragstherapie voor één van de twee patiënten een aanzienlijke vermindering van de klachten te zien gaf. Conclusies kunnen uit deze bevindingen niet worden getrokken. Immers slechts vijf patiënten kregen na de monotherapie in het gecontroleerde onderzoek, de combinatiebehandeling.

10.2.2 Predictoren voor het resultaat van de behandeling

In het onderzoek bij kinderen en adolescenten werden, behalve de ernst van de problematiek, geen significante predictoren gevonden. Dit is gezien het geringe aantal patiënten in het onderzoek niet verwonderlijk. De ernst van de problematiek blijkt vooral een voorspeller van het succes op korte termijn. Verondersteld kan worden dat de ernst van de problematiek niet zo zeer de mate van verbetering voorspelt als wel de snelheid van de verbetering. Patiënten met ernstiger problematiek verbeteren langzamer.

In het onderzoek bij volwassen patiënten werden drie predictoren gevonden: de ernst van de problematiek, de motivatie voor de behandeling en de score op een vragenlijst voor cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen (van het DSM-III classificatie systeem).

Wellicht de belangrijkste bevinding uit dit proefschrift is het feit dat een vrij groot aantal patiënten na een aanvankelijk geringe verbetering, bij voortzetting van de therapie alsnog aanzienlijk verbeterde. Dit gold zowel voor de volwassen patiënten als voor de kinderen en adolescenten. Naast de groep patiënten die snel reageert op de therapie is er nog een groep potentiële responders, bij wie de resultaten pas veel later zichtbaar worden. In effectonderzoek dat zich beperkt tot de eerste tien tot twintig zittingen horen zij tot de nonresponders. Als de behandeling wordt voortgezet blijkt een gedeelte van de nonresponders echter wel degelijk te profiteren van de behandeling. Uit het predictieonderzoek zowel bij de volwassenen als bij de kinderen en adolescenten bleek deze groep zich van de vroege responders te onderscheiden door de ernst van de problematiek. Het zou echter interessanter zijn om te weten waarin ze zich van de nonresponders onderscheiden. Bij welke patiënten moet de behandeling ondanks geringe verbetering worden voortgezet en bij welke zullen de inspanningen verder geen zoden aan de dijk zetten? Binnen de opzet van het onderzoek uit dit proefschrift kan op deze vraag echter geen antwoord te geven. Het is tevens van belang te weten

waaruit de voortgezette therapie moet bestaan wil er alsnog een positief effect optreden. Ook op die vraag is in het hier beschreven onderzoek geen antwoord te vinden. Na afsluiting van het behandelprotocol (in het onderzoek bij kinderen en adolescenten na twaalf zittingen, in het onderzoek bij volwassenen na zestien zittingen) werden de patiënten zo nodig verder behandeld, zonder behandelprotocol. Het meest aannemelijk is dat de langere duur van de behandeling van invloed is geweest op de verbetering. Of de grotere vrijheid van de therapeut, die naar klinisch oordeel elementen aan de therapie mocht toevoegen die zinnig werden geacht, en het niet-protocolaire karakter van de behandeling een positieve invloed hebben gehad, is de vraag. Uit onderzoek bij fobische patiënten en bij patiënten met een dwangstoornis is bekend dat behandelingen volgens protocol tenminste zo effectief zijn als behandelingen die zijn toegesneden op de individuele patiënt (Schulte e.a., 1992; Emmelkamp e.a., 1994; Wilson, 1996). Dit neemt natuurlijk niet weg dat protocollen voor verbetering vatbaar kunnen zijn.

10.3 Kanttekeningen bij het onderzoek

10.3.1 Onderzoeksopzet

In het onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling bij kinderen en adolescenten werden twee vormen van behandeling rechtstreeks met elkaar vergeleken: gedragstherapie en clomipramine. Er was geen wachtlijst-controlegroep, evenmin was er een placebotherapie groep, noch voor de medicatie, noch voor de gedragstherapie. Dit betekent dat er niet gecontroleerd is voor spontaan herstel, evenmin voor nonspecifieke behandel-effecten. De argumenten voor deze opzet van het onderzoek zijn voornamelijk praktisch van aard geweest. Een uitbreiding van de onderzoeksopzet met een wachtlijstgroep en/of een placebo-groep zou de toch al geringe power aanzienlijk verminderen. Dit betekent dat de verschillen tussen de behandelcondities erg groot zouden moeten zijn, om met statistische zekerheid vastgesteld te kunnen worden. Een tweede, wellicht belangrijker argument, is van ethische van aard. Kinderen en adolescenten met een ernstige dwangstoornis, met een grote lijdensdruk een niet werkzame behandeling aanbieden gedurende drie maanden is onaanvaardbaar, zo niet voor de onderzoekers, dan toch zeker voor behandelaar. Daarbij is het de vraag in hoeverre met deze onderzoeksopzet belangrijke informatie is gemist. Uit onderzoek bij volwassen patiënten met OCS is duidelijk dat spontaan herstel niet optreedt

(Van Balkom e.a., 1994). Hoewel sommige auteurs bij kinderen en adolescenten een fluctuerend beloop beschrijven (Swedo & Rapoport, 1989), zijn hierover geen onderzoeksgegevens. Gezien de gelijkenis met OCS van volwassenen, kan wellicht met meer recht verondersteld worden, dat ook bij kinderen en adolescenten met een OCS geen spontaan herstel optreedt. Rest de vraag of met het ontbreken van een placebogroep belangrijke informatie is gemist. Uit het onderzoek naar het effect van antidepressiva bij OCS bij kinderen en adolescenten, blijkt de werking niet door placebo-effecten verklaard te kunnen worden (zie hoofdstuk 5 van dit proefschrift). Vergelijkbaar onderzoek voor de effecten van gedragstherapie is echter niet bekend. Dit betekent dat uit het hier beschreven onderzoek niet duidelijk is geworden wat het specifieke effect is van de gedrags-therapeutische interventies. Opnieuw is slechts een vergelijking met onderzoek bij volwassenen mogelijk, waaruit blijkt dat placebo-effecten gering zijn (Van Balkom, e.a., 1994)

In het onderzoek bij volwassenen is met opzet gekozen voor de enigszins cryptische omschrijving 'van te voren toevoegen van fluvoxamine aan gedragstherapie' in plaats van het later toevoegen van gedragstherapie aan fluvoxamine. Strikt genomen zou men kunnen zeggen dat in dit onderzoek niet is aangetoond dat het toevoegen van fluvoxamine aan gedragstherapie niets extra's biedt boven gedragstherapie alleen, maar dat de verrijking van fluvoxamine met gedragstherapie niet nodig is geweest. Bleek niet al in die eerste acht weken dat er geen verschil in effect is tussen fluvoxamine en gedragstherapie? Gedragstherapie heeft dus niets extra's geboden aan fluvoxamine, anders was de combinatie-conditie veel effectiever geweest. Het uitgangspunt bij de opzet van dit onderzoek was dat de maximale werking van fluvoxamine na acht weken bereikt is en dat belangrijke verdere verbetering niet verwacht hoeft te worden. De patiënten uit de fluvoxamineconditie waren dus met voortgaande monotherapie waarschijnlijk niet verder verbeterd, terwijl de verbeteringen in de gedragstherapie conditie voortgingen.

Daarom is er waarschijnlijk toch met recht gesproken van toevoegen van fluvoxamine aan gedragstherapie in plaats van andersom.

10.3.2 Meetinstrumenten in het onderzoek bij kinderen en adolescenten

Er zijn vrijwel geen in Nederland gevalideerde meetinstrumenten om effecten van behandeling bij kinderen en adolescenten vast te stellen. De

meetinstrumenten zijn voorts vaak slechts geschikt voor beperkte leeftijdsgroepen. De leeftijdsverschillen waren in de hier beschreven studie eigenlijk te groot voor de gebruikte meetinstrumenten. Dit betekende dat met name sommige jongere kinderen de vragen uit de vragenlijsten niet begrepen (dit gold met name voor de Gezinsdimensieschalen) en dat voor de oudsten sommige vragenlijsten kinderachtig (sommige vragen uit de LOI-CV en de KDS) waren. Het was beter geweest de groep te beperken tot kinderen boven twaalf jaar, of het onderzoek te splitsen rond die grens. Gezien het kleine aantal kinderen was dit echter niet mogelijk. Voor het vaststellen van het belangrijkste effect van de behandeling, de mate van verbetering van de dwangproblematiek op de CY-BOCS, gold dit bezwaar overigens niet.

10.3.3 Duur van de behandeling in het onderzoek bij kinderen en adolescenten

Zowel in de clomipramineconditie als in de gedragstherapie conditie bestond de behandeling uit twaalf zittingen, gedurende twaalf weken. Voor clomipramine is dit voldoende lang om het effect te kunnen vast stellen. Het is echter de vraag of dit ook geldt voor de gedragstherapieconditie. Voortzetting van de therapie bracht in een aantal gevallen nog belangrijke verbeteringen te weeg bij patiënten die in eerste instantie weinig vooruitgang vertoonden. De in dit onderzoek gevonden grote variabiliteit in respons op de behandeling, zal waarschijnlijk beter ondervangen worden met een uitbreiding van de experimentele periode naar zestien tot twintig zittingen.

10.3.4 Grootte van de onderzoeksgroep in de studie bij kinderen en adolescenten

Het belangrijkste bezwaar van het onderzoek bij kinderen en adolescenten is het gering aantal patiënten dat bij het onderzoek is betrokken. De power is hierdoor klein. Dit betekent dat de kans op een zogeheten bèta fout, het niet vaststellen van een verschil dat er wel is, groot is. Dit geldt voor verschillen tussen de twee behandelcondities bij de voormeting, waardoor mogelijk verschillen in ernst van de problematiek niet werden vastgesteld en voor verschillen bij de effectmeting. Aan de andere kant is het vinden van een significant verschil tussen de twee condities, ondanks de geringe power, een duidelijk aanwijzing voor het bestaan van een verschil in effectiviteit. De conclusies uit dit onderzoek moeten

worden beschouwd als voorlopig, en dienen te worden bevestigd door een onderzoek waarin meer patiënten zijn betrokken.

10.3.5 Verschil tussen criteria voor responders

De criteria voor responders en nonresponders zijn niet gelijk in beide studies. In het onderzoek bij kinderen en adolescenten werd als criterium een verbetering van meer dan 30% gebruikt. Dit criterium wordt zowel in onderzoek bij volwassenen als bij kinderen en adolescenten toegepast (Emmelkamp e.a., 1983; Foa e.a., 1983; Hoogduin & Duivenvoorden, 1988; March e.a., 1994). Een nadeel van dit criterium is dat het slechts iets zegt over de statistische mate van verbetering. De klinische betekenis wordt hierbij niet in overweging genomen. Meestal wordt er dan ook vanuit gegaan dat 30% verbetering een voorwaarde is voor verdere verbetering, hoewel dit nooit is onderzocht. In het onderzoek bij kinderen en adolescenten is van dit criterium gebruik gemaakt om de resultaten met die uit eerder onderzoek te kunnen vergelijken.

In het onderzoek bij volwassenen is aangesloten bij de huidige wetenschappelijke praktijk om significante verbeteringen vast te stellen. Het in dit onderzoek gebruikte criterium was tweevoudig. Het behelsde een criterium voor de mate van verbetering én een criterium voor het al of niet normaal functioneren. Patiënten die aan dit laatste criterium voldeden konden beschouwd worden als behorend bij de 'normale populatie', terwijl met het eerste criterium werd vastgesteld of er een werkelijke (statistisch significante) verandering had plaatsgevonden. Het uitgangspunt bij het gebruik van dit dubbele criterium is dat de behandeling beëindigd is en er geen verdere verbeteringen te verwachten zijn. Dit dubbele criterium is een eindoordeel en niet, zoals het 30% criterium een voorspelling voor het verdere verloop. Gezien de resultaten van de in dit proefschrift beschreven studie, is het de vraag of dergelijk criterium al gebruikt moet worden na ongeveer vier maanden behandeling. Voor patiënten die op grond dit criterium tot de responders worden gerekend heeft het voorspellende waarde. Zij blijven responders. Voor de nonresponders is er echter geen voorspellende waarde. Een groot deel van hen wordt alsnog responder. Overigens is het ook de vraag of de voorspellende waarde van het 30% criterium voor nonresponders groot is. Uit het onderzoek bij kinderen en adolescenten blijkt dat na voortzetting van de therapie een aantal nonresponders alsnog responder wordt. De aantallen zijn hier echter te klein voor conclusies.

10.4 Aanbevelingen

Uit beide onderzoeken blijkt dat er een grote variatie is in respons op de behandeling. Zowel voor de klinische praktijk als voor het verdere onderzoek lijkt het van belang onderscheid te maken in gradaties van ernst en beïnvloedbaarheid van dwangstoornissen. Voor een groot aantal patiënten is een protocollaire gedragstherapie met een beperkt aantal zittingen goed toepasbaar en aangetoond effectief. Het onderzoek zou zich moeten richten op de patiënten die niet profiteren van deze protocollaire behandeling. De vraag die hier gesteld kan worden is of het toevoegen van medicatie zinvol is, dan wel het verlengen van de therapie dan wel het toepassen van andere behandelstrategieën, dan wel alles tegelijk.

Gezien de variatie in respons blijft onderzoek naar predictoren van belang. Dit geldt met name voor kinderen en adolescenten. Het onderzoek heeft hier tot nu toe nog geen duidelijke resultaten opgeleverd. Een voorwaarde voor dergelijk onderzoek is dat er bruikbare, gevalideerde vragenlijsten beschikbaar zijn, zodat onderzoekers niet op grond van het gebrek aan meetinstrumenten beperkt wordt in hun keuze van de te onderzoeken predictoren.

REFERENTIES

- Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ackerman, D.L., Greenland, S., Bystritsky, A., Morgenstern, H., & Katz, R.J. (1994). Predictors of treatment response in obsessive-compulsive disorder: A multivariate analysis from a multicenter trial of clomipramine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 14, 247-254.
- Alarcon, R.D., Johnson, B.R., & Lucas, J.P. (1991). Paranoid and aggressive behaviour in two obsessive-compulsive adolescents treated with clomipramine. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 999-1002.
- Allsopp, M., & Verduyn, C. (1988). A follow-up of adolescents with obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 154, 829-834.
- Allsopp, M., & Verduyn, C. (1990). Adolescents with obsessive-compulsive disorder: A case note review of consecutive patients referred to a provincial regional adolescent psychiatry unit. *Journal of Adolescence*, 13, 157-169.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition Revised*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition*. Washington DC: Author.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. (1987). DSM-III disorders in pre-adolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Apter, A., Bernhout, E., & Tyano, S. (1984). Severe obsessive-compulsive disorder in adolescence: A report of eight cases. *Journal of Adolescence*, 7, 349-358.
- Apter, A., Pauls, D.L., Bleich, A., Zohar, A.H., Kron, S., Ratzoni, G., Dycian, A., Kotler, M., Weizman, A., Gadot, N., & Cohen, D.J. (1993). An epidemiological study of Gilles de la Tourette's Syndrome in Israel. *Archives of General Psychiatry*, 50, 734-738.
- Apter, A., Ratzoni, G., King, R.A., Weizman, A., Iancu, I., Binder, M., & Riddle, M.A. (1994). Fluvoxamine open-label treatment of adolescent inpatients with obsessive-compulsive disorder or depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 342-348.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90 Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse, The Netherlands: Swets and Zeitlinger.
- Arts, W., Severijns, R., Haan, E. de, Hoogduin, C.A.L., & Hoogduin, W. (1993). Motiveringstechnieken bij de ambulante behandeling van dwangstoornissen met behulp van exposure in vivo en responspreventie. *Directieve Therapie*, 13, 27-49.
- Baer, L., Jenike, M.A., Black, D.W., Treece, C., Resenfeld, R., & Greist, J. (1992). Effect of Axis II diagnosis on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 862-866.
- Balkom, A.J.L.M. van. (1994). *Comparative treatment studies in panic disorder with agoraphobia and obsessive compulsive disorder*. Unpublished doctoral dissertation, Vrije Universiteit Amsterdam.

- Balkom, A.J.L.M. van, Oppen, P. van, Vermeulen, A.W.A., Nauta, M.C.E., Vorst, H.C.M., Dyck, R. van. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder; a comparison of antidepressants, behavior therapy and cognitive therapy. *Clinical Psychological Review*, 14, 359-381.
- Basoglu, M., Lax, T., Kasvikis, Y., & Marks, I.M. (1988). Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *Journal of the Anxiety Disorders*, 2, 299-317.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E., & Erbaugh, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Behar, D., Rapoport, J.L., Berg, M.A., Denckla, M.B., Mann, L., Cox, C., Fedio, P., Zahn, T., & Wolfman, M.G. (1984). Computerised tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 363-369.
- Berg, C., Rapoport, J., & Flament, M. (1986). The Leyton Obsessional Inventory- Child Version. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 84-91.
- Bland, R.C., Orn, H., & Newman, S.C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 24-32.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. NY International Universities Press.
- Bliss, J. (1980). Sensory experiences of Gilles de la Tourette syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1343-1347.
- Bolton, D., Luckie, M., & Steinberg, D. (1995). Long-term course of obsessive-compulsive disorder treated in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1441-1450.
- Bolton, D., Collins, S., & Steinberg, D. (1983). The treatment of obsessive compulsive disorder in adolescence, a report of fifteen cases. *British Journal of Psychiatry*, 142, 456-464.
- Bolton, D., & Turner, T. (1984). Obsessive-compulsive neurosis with conduct disorder in adolescence: A report of two cases. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 133-139.
- Brink, W. van den. (1989). *Meting van DSM-III persoonlijkheidspathologie. Betrouwbaarheid en validiteit van de SIPD-R en as II van de DSM-II*. Academisch proefschrift. Groningen, van Denderen.
- Buurmeijer, F.A., & Hermans, P.C. (1985). De gezinsdimensieschalen als hulpmiddel bij gezinsdiagnostiek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 11, 336-346.
- Buurmeijer, F.A., & Hermans, P.C. (1988). *Gezinsfunctioneren en individuele stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Castle, D.J., Deale, A., Marks, I.M., Cutts, F., Chadhoury, Y., & Steward, A. (1994). Obsessive-compulsive disorder: Prediction of outcome from behavioural psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 393-398.
- Cath, D.C., Hoogduin, C.A.L., Wetering, B.J.M. van de, Woerkom, T.C.A.M. van, Roos, R.A.C., & Rooymans, H.G.M. (1992). Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder: An analysis of associated phenomena. In T.N. Chase, A.J. Friedhoff, & D.J. Cohen (Eds.), *Advances in Neurology*, vol 58. New York: Raven Press.
- Christensen, L., & Mendoza, J.L. (1986). A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, 17, 305-308.

REFERENTIES

- Clark, D.A., Sugrim, I., & Bolton, D. (1982). Primary obsessional slowness: A nursing treatment programme with a 13-year-old male adolescent. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 292-297.
- Clark, D.A., & Purdon, C.L. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts: A review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 967-976.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cooper, M. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 296-304.
- Cooper, J.E., Gelder, M.G., & Marks, I.M. (1965). Results of behaviour therapy in 77 psychiatric patients. *British Medical Journal*, 1, 1222-1225.
- Cottraux, J., Messy, P., Marks, I.M., Mollard, E., & Bouvard, M. (1993). Predictive factors in the treatment of obsessive-compulsive disorders with fluvoxamine and/of behaviour therapy. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 45-50.
- Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M., Bouvard, M., Marks, I., Sluys, M., Nury, A.M., Douge, R., & Cialdella, P. (1990). A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 5, 17-30.
- Desmarais, P.A., & Lavallee, Y.J. (1988). Severe obsessive-compulsive syndrome in a 10-year old: A 3 year follow-up. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 405-408.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90: Administration scoring and procedures manual-1 for the R(revised) version*. Baltimore: Clinical Psychometrics Research Unit, John Hopkins University School of Medicine.
- Despert, L. (1955). Differential diagnosis between obsessive-compulsive neurosis and schizophrenia in children. In T. H. Hoch, & J. Zubin (Eds.): *Psychopathology of childhood*. NY, Grune and Stratton.
- DeVeauugh-Geiss, J., Katz, R., & Landau, P. (1990). Clinical predictors of treatment response in obsessive-compulsive disorder: Exploratory analyses from multicenter trials of clomipramine. *Psychopharmacological Bulletin*, 26, 54-59.
- DeVeauugh-Geiss, J., Moroz, G., Biederman, J., Cantwell, D., Fontaine, R., Greist, J.H., Reichler, R., Katz, R., & Landau, P. (1992). Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder - a multicenter trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 45-49.
- Diethelm, O. (1955). *Treatment in Psychiatry*, 3rd ed. Springfield, III Charles C. Thomas.
- DiNardo, P.A., O'Brien, G.T., Barlow, D.H., Waddell, M.T., & Blanchard, E.B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1075.
- Douglass, H.M., Moffit, T.E., Dar, R., McGee, R., & Silva, P. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: Prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1424-431.
- Dreessen, L., Hoekstra, R., & Arntz, A. (1995). The influence of personality disorders on cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. *Paper presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive therapies*.

- Elkin, I., Pilkonis, P.A., Docherty, J.P., & Sotsky, S.M. (1988a) Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy: I Active ingredients and mechanisms of change. *American Journal of Psychiatry*, 145, 909-917.
- Elkin, I., Pilkonis, P.A., Docherty, J.P., & Sotsky, S.M. (1988b) Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy: II Nature and timing of treatment effects. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1070-1076.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research and practice*. New York: Plenum.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K., & Blaauw, E. (1994). Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 95-100.
- Emmelkamp, P.M.G., Hoekstra, R.J., & Visser, S. (1983). The behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder, prediction and outcome at 3,5 Years Follow-up. In H. Brenner, *Psychiatry, Current States*, New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P.M.G., & Rabbie, D.M. (1981)., Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A follow-up four years after treatment. In E. Perris, G. Struwe, & B. Jansson, *Biological Psychiatry*. Elsevier, Amsterdam.
- Esser, G., Schmidt, M.H., & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children – results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 243-263.
- Fals-Stewart, W., & Lucente, S. (1993). Am MCMI cluster typology of obsessive-compulsives: A measure of personality characteristics and its relationship to treatment participation, compliance and outcome in behavior therapy. *Journal of Psychiatric Research*, 27, 139-154.
- Fawcett, S. (1987)., Symptoms, signs, side effects checklist. *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 322-323.
- Fine, S. (1973). Family therapy and a behavioral approach to childhood obsessive-compulsive neurosis. *Archives of General Psychiatry*, 28, 695-697.
- Flament, M.F., Koby, E., Rapoport, J.L., Berg, C.J., Zahn, T., Cox, C., Denckla, M., & Lenane, M. (1990). Childhood obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 363-380.
- Flament, M.F., Rapoport, J.L., Berg, C.J., Sceery, W., Kilts, C., Mellstrom, B., & Linnoila, M. (1985). Clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 977-983.
- Flament, M.F., Withaker, A., Rapoport, J.L., Davies, M., Zaremba Berg, C., Kalikow, K., Sceery, W., & Shaffer, D. (1988). Obsessive-compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 764-771.
- Foa, E.B., Grayson, J.B., & Steketee, G.S. (1982). Depression, habituation and treatment outcome in obsessive-compulsives. In J.C. Boulougouris, *Learning Theory Approaches to Psychiatry*. Wiley New York.
- Foa, E.B., Grayson, J.B., Steketee, G.S., Doppelt, H.G., Turner, R.M., & Latimer, P.R. (1983). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 287-297.

REFERENTIES

- Foa, E.B., Ilai, D., McCarthy, P.R., Shoyer, B., & Murdock, T. (1993). Information processing in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 173-189.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-96.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Steketee, G.S., & McCarthy, P.R. (1992). Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 279-292.
- Foa, E.B., & McNally, R.J. (1986). Sensitivity to feared stimuli in obsessive-compulsives: A dichotic listening analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 477-485.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 1-21.
- Freeston, M., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population I Response style, subjective experience and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population. II Associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 263-271.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Geller, D.A., Biederman, J., Reed, E.D., Spencer, T., & Wilens, T. (1995). Similarities in response to fluoxetine in the treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 36-44.
- George, M.S., Trimble, M.R., Ring, H.A., Sallee, F.R., & Robertson, M.M. (1993). Obsessions in obsessive-compulsive disorder with and without Gilles de la Tourette's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 150, 93-97.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Delgado, P.L., Palumbo, J., Krystal, J.H., Nagy, L.M., Rasmussen, S.A., Heniger, G.R., & Charney, D.S. (1990). Specificity of serotonin reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 577-585.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heniger, G.R., & Charney, D.S. (1989a) The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale. I Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heniger, G.R., & Charney, D.S. (1989b) The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Green, D. (1980). A behavioural approach to the treatment of obsessional rituals: An adolescent case study. *Journal of Adolescence*, 3, 297-306.
- Haan, E. de. (1987). De man die telt, een diagnostisch probleem. *Directieve Therapie*, 8, 127-135.
- Haan, E. de, & Akkermans, M. (1989). Een adolescent met een dwangneurose. *Directieve Therapie*, 9, 212-227.
- Haan, E. de, Hoogduin, K., & Jong, P. de. (1985). Geleidelijke exposure bij fobische klachten. *Kwartaalschrift voor directieve therapie en hypnose*, 5, 216-227.

- Haan, E. de, & Verbraak, M. (1993). Exposure voor dwanggedachten? *Directieve Therapie*, 13, 49-56.
- Hafner, R.J., Gilchrist, P., Bowling, J., & Kalucy, R. (1981). The treatment of obsessional neurosis in a family setting. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15, 145-151.
- Hageman, W.J.J.M., & Arrindell, W.A. (1993). A further refinement of the reliable change RC) index by improving the pre-post difference score: Introducing RCid. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 693-700.
- Hanna, G.L. (1995). Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 19-27.
- Harris, C.V., & Wiebe, D.J. (1992). An analysis of response prevention and flooding procedures in the treatment of adolescent obsessive compulsive disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 2, 107-115.
- Hirschfield, R.M.A., Klerman, G.L., Clayton, P.J., Keller, M.B., McDonald-Scott, P., & Larkin, B.H. (1983). Assessing personality: Effects of the depressive state on measurement. *American Journal of Psychiatry*, 140, 695-699.
- Hollingsworth, C.E., Tanguay, P.E., Grossman, L., & Pabst, P. (1980). Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 134-144.
- Hollon, S.D., Shelton, R.C., & Loosen, P.T. (1991). Research considerations in evaluating combined treatment. In B.D. Beitman & G.L. Klerman (Eds.), *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy* (pp. 353-379). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Holzer, J.C., Goodman, W.K., McDougle, C.J., Baer, L., Boyarsky, B.K., Leckman, J.F., & Price, L.H. (1994). Obsessive-compulsive disorder with and without a chronic tic disorder. A comparison of symptoms in 70 patients. *British Journal of Psychiatry*, 164, 69-73.
- Hoogduin, C.A.L. (1986). *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Deventer Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L., & Duivenvoorden, H.J. (1988). A decision model in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 152, 516-521.
- Hoogduin, C.A.L., Duivenvoorden, H., Schaap, C., & Haan, E. de. (1989). On the out-patient treatment of obsessive-compulsives; outcome, prediction of outcome, and follow-up. In P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F. Kraaimaat, & M.J.M. van Son (Eds.), *Fresh perspectives on anxiety disorders*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Hoogduin, C.A.L., & Haan, E. de. (1981). De interactionele behandeling van kinderen met dwangverschijnselen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 7, 164-170.
- Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, Hoogduin, W.A., Hartman-Faber, S.H., & Marveldt, R. (1981). Over de behandeling van huishoudwang: Toepassing van zelf-controle-procedures in een relationele context. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 3, 258-269.
- Hoogduin, C.A.L., & Hoogduin, W. (1984). The outpatient treatment of patients with an obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 455-459.
- Hurt, S., Hyler, S., Frances, A., Clarkin, J., & Brent, R. (1984). Assessing borderline personality disorder with self-report, clinical interview, or semistructured interview. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1228-1231.

REFERENTIES

- Hyler, S., Reider, R., & Spitzer, R. (1982). *Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)*. New York State Psychiatric Institute, New York.
- Insel, T.R., & Akisal, H.S. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenological analysis. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 1572-1553.
- Jacobson, N.S., Folette, W.C., & Revensdorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, *15*, 336-352.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Jenike, M.A., Baer, L., Minichiello, W.E., Schwartz, C.E., & Carey, R.J. (1986). Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 530-532.
- Jenike, M.A., Baer, L., Summergrad, P., Weilburg, J.B., Holland, A., & Seymour, R. (1989). Obsessive-compulsive disorder: A double blind, placebo-controlled trial of clomipramine in 27 patients. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 1328-1330.
- Judd, L. (1965). Obsessive-compulsive neurosis in children. *Archives of General Psychiatry*, *12*, 136-143.
- Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B., & Burnam, A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1094-1099.
- Kearney, C.A., & Silverman, W.K. (1990). Treatment of a adolescent with obsessive compulsive disorder by alternating response prevention and cognitive therapy: An empirical analysis. *Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, *21*, 39-47.
- Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L., & Schaap, C.P.D.R. (1991). Motivatie voor psychotherapie: De ontwikkeling van een predictie-instrument. *Gedragstherapie*, *24*, 195-208.
- Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L., & Schaap, C.P.D.R. (1994a). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, *165*, 781-786.
- Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L., & Schaap, C.P.D.R. (1994b). Prognostic factors in the behavioral treatment of panic disorders with and without agoraphobia. *Behavior Therapy*, *25*, 689-708.
- Kellerman, J.K. (1981). Hypnosis as an adjunct to thought-stopping and covert reinforcement in the treatment of homicidal obsessions in a twelve-year-old boy. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *29*, 128-135.
- Khanna, S., & Srinath, S. (1988). Childhood obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, *21*, 254-258.
- King, R.A., Riddle, M.A., Chappell, P.B., Hardin, M.T., Anderson, G.M., Lombroso, P., & Scahill, L. (1991). Emergence of self-destructive phenomena in children and adolescents during fluoxetine treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *30*, 179-186.
- Knox, L.S., Albano, A.M., & Barlow, D.H. (1996). Parental involvement in the treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A multiple-baseline examination incorporating parents. *Behavior Therapy*, *27*, 93-115.

- Kringlen, E. (1970). Natural history of obsessional neurosis. *Seminars in Psychiatry*, 2, 403-4118.
- Kurlan, R., Lichter, D., & Hewitt, D. (1989). Sensory tics in Tourette's syndrome. *Neurology*, 39, 731-734.
- Ladouceur, R., Rheaume, Freeston, Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., Langlois, F., & De Pokmamy-Morin, K. (1995). Experimental manipulation of responsibility: An analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 937-946.
- Lang, A. (1991). Patient perceptions of tics and other movement disorders. *Neurology*, 41, 223-228.
- Lang, A.E. (1992). Clinical Phenomenology of tic disorders, selected aspects. In T.N. Chase, A.J. Friedhof, & D.J. Cohen, *Advances in Neurology*, volume 58. New York: Raven Press.
- Lang, M., & Tischer, M. (1978). *Childrens Depression Scale*. Victoria, Australian Council Ed. Research.
- Last, C.G., & Strauss, C.C. (1989). Obsessive-compulsive disorder in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 295-302.
- Lavy, E., Van Oppen, P., & Hout, M. avn den. (1994). Selective processing of emotional information in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 243-46.
- Leckman, J.F., Walker, D.E., & Cohen, D.J. (1993). Premonitory urges in Tourette syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 150, 98-102.
- Leckman, J.F., Walker, D.E., Goodman, W.K., Pauls, D.L., & Cohen, D.J. (1994). Just right perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 151, 675-680.
- Leonard, H.L., Goldberger, E.L., Rapoport, J.L., Cheslow, D.L., & Swedo, S.E. (1990). Childhood rituals: Normal development or obsessive-compulsive symptoms? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 17-23.
- Leonard, H.L., Lenane, M.C., Swedo, S.E., Rettew, D.C., Gershon, E.S., & Rapoport, J.L. (1992). Tics and Tourette's syndrome: A two to seven year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1244-1251.
- Leonard, H.L., Swedo, S.E., Lenane, M.C., Rettew, D.C., Hamburger, S.D., Bartko, J.J., & Rapoport, J.L. (1993). A 2- to 7- year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 50, 429-439.
- Leonard, H.L., Swedo, S.E., Lenane, M.C., Rettew, D.C., Cheslow, D.L., Hamburger, S.D., & Rapoport, J.L. (1991). A double blind desipramine substitution during long-term clomipramine treatment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48, 922-927.
- Leonard, H.L., Swedo, S.E., Rapoport, J.L., Koby, E.V., Lenane, M.C., Cheslow, D.L., & Hamburger, S.D. (1989). Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1088-1092.
- Leonard, H., Topol, D., Bukstein, O., Hindmarsh, D., Allen, A., & Swedo, S. (1994). Clonazepam as an augmenting agent in the treatment of childhood-onset obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 792-794.
- Liebowitz, M.R., Hollander, E., Fairbanks, J., & Campea, R. (1990). Fluoxetine for adolescents with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 370-371.

REFERENTIES

- Linden van den Heuvel, C. van, & Emmelkamp, P. (1987). Nachtmerries en night terrors. *Di-rectieve Therapie*, 7, 277-300.
- Lopatka, C., & Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: An ex-perimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
- Luteijn, F. (1981). KDS, *Kinder depressieschaal*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F., & Bouman, T.K. (1988). De validiteit van Beck's Depression Inventory. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 43, 340-343.
- MacGregor, P. (1994). The unrecognized parental response to mental illness in a child. *Social Work*, 39, 160-165.
- March, J.S. (1995). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: A review and recommendations for treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 7-18.
- March, J.S., Mulle, K., & Herbel, B. (1994). Behavioral psychotherapy for children and adoles-cents with obsessive-compulsive disorder: An open trial of a new protocol-driven treatment package. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 333-341.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, Phobias, and Rituals. Panic, Anxiety and their disorders*. Oxford, Oxford University Press.
- Marks, I.M., Hodgson, R., & Rachman, S. (1975). Treatement of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure: A two year follow-up and issues in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364.
- Marks, I.M., Lelliot, P., Basoglu, M., Noshirvani, H., Monteiro, W., Cohen, D., & Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 152, 522-534.
- Marks, I.M., Stern, R.S., Mawson, D., Cobb, J., McDonald, R. (1980). Clomipramine and expo-sure for obsessive-compulsive rituals: I *British Journal of Psychiatry*, 136, 1-25.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Be-haviour Research and Therapy*, 23, 563-569.
- Mavissakalian, M., Hamann, M.S., & Jones, B. (1990). DSM-III personality disorder in obsessive-compulsive disorder: Changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 432-437.
- Mawson, D., Marks, I.M., & Ramm, L. (1982). Clomipramine & exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: Two year follow-up and further findings. *British Journal of Psychiatry*, 140, 11-18.
- McDougle, C.J., Goodman, W.K., Leckman, J.F., Lee, N.C., Heniger, G.R., & Price, L.H. (1994). Haloperidol addition in Fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. *Ar-chives of General Psychiatry*, 51, 302-308.
- McDougle, C.J., Goodman, W.K., Price, L.H., Delgado, P.L., Krystal, J.H., Charney, D.S., & Heninger, G.R. (1990). Neuroleptic addition in Fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 652-654.
- McDougle, C.J., Kresch, L.E., Goodman, W.K., Naylor, S.T., Volkmar, F.R., Cohen, D.J., & Price, L.H. (1995). A case-controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 772-777.

- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P.A., & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Minichiello, W.E., Baer, L., & Jenike, M.A. (1987). Schizotypal personality disorder: A poor prognostic indicator for behaviour therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 273-276.
- Moleman, P. (1992). *Praktische psychofarmacologie*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Morelli, G. (1983). Adolescent compulsion: A case study involving cognitive-behavioral treatment. *Psychological Reports*, 53, 519-522.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Myers, K.M., Weissman, M.M., Tischler, G.L., Holzer, C.E.I., Leaf, P.J., Orvaschel, H., Anthony, J.C., Boyd, J.H., Burke, J.D., Kramer, M., & Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Olson, D.H., Russell, C.S., & Sprenkle, D.H. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical application. *Family Process*, 18, 2.
- Olson, D.H., Russell, C.S., & Sprenkle, D.H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- Oppen, P. van. (1994). *Obsessive compulsive disorder: Issues in assessment and treatment*. Unpublished doctoral dissertation, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Oppen, P. van, & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- Oppen, P. van, & Emmelkamp, P.M.G. (1991). Cognitieve therapie bij dwangstoornissen. *Di-rectieve Therapie*, 11, 333-344.
- Oppen, P. van, Haan, E. de, Balkom, A.J.L.M. van, Spinhoven, Ph, Hoogduin, K., & Dyck, R. van. (1995a). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 33, 379-390.
- Oppen, P. van, Hoekstra, R.J., & Emmelkamp, P.M.G. (1995b). structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 15-23.
- Orloff, L.M., Battle, M.A., Baer, L., Ivanjack, L., Pettit, A.R., Buttolph, M.L., & Jenike, M.A. (1994). Long-term follow-up of 85 patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 441-442.
- O'Sullivan, G., & Marks, I. (1990). Long term outcome of phobic and obsessive-compulsive disorders after treatment. In Noyes e.a. *Handbook of anxiety disorders*. Amsterdam: Elsevier.
- Ownby, R.L. (1983). A cognitive behavioral intervention for compulsive handwashing with a thirteen-year-old boy. *Psychology in the Schools*, 20, 219-222.
- Pato, M.T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J., & Murphy, D. (1988). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1521-1525.

REFERENTIES

- Pauls, D.L. (1990). Gilles de la Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder: Familial relationships. In M.A. Jenike, L. Baer, & W.E. Minichiello, *Obsessive-compulsive disorders. Theory and management*. NY: Year Book Medical Publishers.
- Pauls, D.L., Alsobrook, J.P., Goodman, W., Rasmussen, S., & Leckman, J.F. (1993). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Unpublished manuscript*.
- Pauls, D.L., Towbin, K.E., Leckman, J.F., Zahner, G.E., & Cohen, D. (1986). Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1180-1182.
- Piacentini, J., Gitow, A., Jaffer, M., Graae, R., & Whitaker. (1994). Outpatient behavioral treatment of child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 277-289.
- Power, A.C., & Cowen, P.J. (1992). Fluoxetine and suicidal behaviour. Some clinical and theoretical aspects of a controversy. *British Journal of Psychiatry*, 161, 735-741.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. part 1 content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research & Therapy*, 31, 713-720.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. part 11. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research & Therapy*, 32, 403-410.
- Rachman, S. (1976). The modification of obsessions: A new formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 437-443.
- Rachman, S., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Advances in Behavior-Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S.J., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. London Prentice-Hall Inc.
- Rapoport, J.L. (1986). Annotation Childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3, 289-295.
- Rapoport J, Elkins R, & Mikkelsen E. (1980)., Clinical controlled trial of chlorimipramine in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacological Bulletin*, 3, 61-63.
- Rasmussen, S.A., & Tsuang, M.T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.
- Reich, J.H., & Noyes, R. (1987). A comparison of DSM-III personality disorder in acutely ill patients and depressed patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 123-131.
- Reich, J.H., Noyes, R., Coryell, W., & O'Gorman, T.W. (1986). The effect of state anxiety on personality measurement. *American Journal of Psychiatry*, 143, 760-763.
- Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Lefkowitz, E.S., Pakiz, B., & Frost, A.K. (1993). Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 369-377.
- Rheume, J., Freeston, M.H., Dugas, M.J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.

- Ricciardi, J.N., Baer, L., Jenike, M.A., Fischer, S.C., Sholtz, D., & Buttolph, M.L. (1992). Changes in DSM-III-R axis diagnoses following treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 829-831.
- Riddle, M., Hardin, M.T., King, R., Scahill, L., & Woolstone, J.L. (1990b). Fluoxetine treatment of children and adolescents with Tourette's and obsessive-compulsive disorders: Preliminary clinical experience. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 45-48.
- Riddle, M.A., Scahill, L., King, R., Hardin, M.T., Towbin, K.E., Ort, S.I., Leckman, J.F., & Cohen, D.J. (1990a). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 766-772.
- Riddle, M.A., Scahill, L., King, R.A., Hardin, M.T., Anderson, G.M., Ort, S.I., Smith, J.C., Leckman, J.F., & Cohen, D.J. (1992). Double blind cross-over trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1062-1069.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D., & Regier, D.A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Ross, D.C., & Piggott, L.R. (1993). Clonazepam for OCD (letter) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 470.
- Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (1970). *Education, Health and Behaviour*. London: Longmans.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional compulsive problems: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-584.
- Salkovskis, P.M. (1989). Cognitive behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P.M., & Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149-160.
- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G., & Schulte-Bahrenberg, Th. (1992). Tailor-made versus standardized of phobic patients. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 67-91.
- Simeon, J.G., Thatté, S., & Wiggins, D. (1990). Treatment of adolescent obsessive-compulsive disorder with a clomipramine-fluoxetine combination. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 285-290.
- Stanley, L. (1980). Treatment of ritualistic behaviour in an eight-year-old girl by response prevention: A case report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 85-90.
- Steketee, G. (1990). Personality traits and disorders in obsessive-compulsives. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 351-364.
- Steketee, G., & Shapiro, L.J. (1995). Predicting behavioral treatment outcome for agoraphobia and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 317-346.
- Swedo, S.E., & Rapoport, J.L. (1989). Phenomenology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. In J.L. Rapoport: *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Washington Dc, American Psychiatric Press.

REFERENTIES

- Swedo, S.E., Rapoport, J.L., Leonard, H., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical Phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1989). *Using multivariate statistics*. Second edition. New York; HarperCollins Publishers.
- Tata, P.R., Leibowitz, J.A., Prunty, M.J., Cameron, M., & Pickering, A.D. (1996). Attentional bias in obsessional compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 53-60.
- Teicher, M.H., Glod, C., & Cole, J.O. (1990a) Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry*, 147, 207-210.
- Teicher, M.H., Glod, C., & Cole, J.O. (1990b) Suicidal preoccupation during fluoxetine treatment (letter) *American Journal of Psychiatry*, 147, 1380-1381.
- The Clomipramine Collaborative Study group (1991). Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48, 730-738.
- Thomsen, P.H. (1993). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Self reported obsessive-compulsive behaviour in pupils in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 212-217.
- Thomsen, P.H. (1994a) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A study of phenomenology and family functioning in 20 consecutive Danish cases. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 29-36.
- Thomsen, P.H. (1994b) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. A 6-22-year follow-up study. Clinical descriptions of the course and continuity of obsessive-compulsive symptomatology. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 82-96.
- Thomsen, P.H. (1995). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Predictors in childhood for long-term phenomenological course. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 255-259.
- Thomsen, P.H., & Mikkelsen, H.U. (1995). Course of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A prospective follow-up study of 23 Danish cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1432-1440.
- Thoren, P., Asberg, M., & Cronholm, B. (1980). Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder, 1: A controlled clinical trial. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1281-1285.
- Toro, J., Cervera, M., Osejo, E., & Salamero, M. (1992). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: A clinical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1025-1037.
- Valleni-Basile, L.A., Garrizon, C.Z., Jackson, K.L., Waller, J.L., McKeown, R.E., Addy, C.L., & Cuffe, S.P. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 782-791.
- Verdellen, C., Hoogduin, C.A.L., Kemp, E. de, Methorst, G., & Verbraak, M. (1996). Dwang en depressie; differentiële diagnostiek. *Directieve Therapie*, 16, 120-129.
- Verhulst, F.C., Akkerhuis, G.W., & Althaus, M. (1985a) Mental health in Dutch children (1) a cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, supplementum 323.

- Verhulst, F.C., Berden, G.F.M.G., & Sanders-Woudstra, J.A.R. (1985b) Mental health in Dutch children: (II) the prevalence of psychiatric disorders and relationship between measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, supplementum 324.
- Verhulst, F.C., van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit.
- Walton, D., & Mather, M.D. (1963). The application of learning principles to the treatment of obsessive-compulsive states in the acute and chronic phase of illness. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 163-174.
- Warren, W. (1965). A study of adolescent in-patients and the outcome six or more years later. II the follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 6, 141.
- Weiner, I.B. (1967). Behavior therapy in obsessive-compulsive neurosis: Treatment of a adolescent boy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4, 27-29.
- Widiger, Th.A., & Frances, A. (1985). The DSM-III personality disorders: Perspectives from psychology. *Archives of General Psychiatry*, 41, 615-623.
- Willmuth, M.E. (1988). Cognitive-behavioral and insight-oriented psychotherapy of an eleven year-old boy with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 2, 472-478.
- Wilson, G.T. (1996). Manual based treatments. The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 295-314.
- Woody, S.R., Steketee, G., & Chambless, D.L. (1995). Reliability and validity of the Yale Brown obsessive-compulsive Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 597-605.
- Woolley, L.F. (1937). Studies in obsessive ruminative tension states. *Psychiatric Quarterly*, 11, 654-676.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Nederlandse vertaling (1994). M.W. Hengeveld (red.) Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Zikis, P. (1983). Treatment of an 11-year-old obsessive-compulsive ritualizer and tiqueur girl with in vivo exposure and responspreventie. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 75-81.
- Zohar, A.H., Ratzoni, G., Pauls, D.L., Apter, A., Bleich, A., Kron, S., Rappaport, M., Weizman, A., & Cohen, D. (1992). An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1057-1061.

SAMENVATTING

Dit proefschrift gaat over dwangstoornissen bij kinderen en adolescenten en bij volwassenen. De onderzoeksvragen betreffen de effectiviteit van de behandeling en de voorspelbaarheid van het effect. In het derde gedeelte van dit proefschrift wordt verslag gedaan van onderzoek naar deze vragen zowel bij kinderen en adolescenten als bij volwassenen. Het eerste gedeelte is een literatuurstudie naar de kenmerken van de dwangstoornis, het tweede gedeelte gaat over behandelingsstrategieën en de praktische uitvoering van de behandeling. De nadruk ligt hierbij op de gegevens betreffende dwangstoornissen bij kinderen en adolescenten.

In hoofdstuk 1 wordt een omschrijving van de dwangstoornis gegeven. Bij een dwangstoornis zijn er dwanghandelingen en dwanggedachten. Dit geldt zowel voor kinderen en adolescenten als voor volwassenen. Het vooral voor volwassenen geldende criterium van egodystonie (de patiënt erkent de zinloosheid van de dwangrituelen) wordt de laatste tijd steeds verder gerelativeerd. Bij één derde tot de helft van de volwassen patiënten is de dwangstoornis voor het twintigste levensjaar begonnen. De beginleeftijd bij kinderen en adolescenten ligt rond het tiende jaar, hoewel bij sommige kinderen de klachten aanzienlijk vroeger beginnen. Comorbiditeit komt bij kinderen en adolescenten in ongeveer driekwart van de gevallen voor. De meest voorkomende comorbide stoornissen zijn: depressiviteit, andere angststoornissen en tics of het syndroom van Gilles de la Tourette (GTS). Differentieel diagnostisch moet onderscheid gemaakt worden met: depressiviteit, schizofrenie, autisme en GTS. Bij deze stoornissen kunnen ook dwanghandelingen en/of dwanggedachten voorkomen. Deze zijn echter niet het belangrijkste kenmerk van de stoornis of dienen een ander doel dan angstreductie. Uit epidemiologische gegevens betreffende kinderen en adolescenten blijkt een prevalentie van 2%-4%. In de klinische praktijk worden meer jongens dan meisjes met een dwangstoornis aangemeld. Uit epidemiologisch onderzoek blijkt echter geen verschil in sekseratio. Uit prospectief follow-up onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten (kinderen en adolescenten) geen klachten meer heeft. Eén kwart van de patiënten heeft nog in enige mate last van de dwangsymptomen en één kwart in ernstige mate.

In hoofdstuk 2 wordt de fenomenologie van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten besproken. De meest voorkomende dwanghandelingen zijn schoonmaakhandelingen, controleren, tellen en herhalen. Schoonmaken gebeurt uit angst vies te zijn of besmet te raken of dit anderen aan te doen. Het controleren vindt meestal plaats om rampen te voorkomen. Bij kinderen en adolescenten komt ritueel gedrag veel voor. Ook dit dient om rampen te voorkomen. Tenslotte hebben sommige patiënten ernstige, slecht te beïnvloeden egosyntone dwangrituelen. In hoeverre hier sprake is van een comorbide persoonlijkheidsstoornis dan wel een ernstige vorm van een dwangstoornis is onduidelijk. Dwanggedachten zijn meestal aanleiding tot dwanghandelingen, waarmee de door de gedachten onstane angst wordt geneutraliseerd. Niet alle kinderen rapporteren duidelijk omschreven dwanggedachten. Dwanggedachten komen ook voor zonder dwanghandelingen.

Het tweede deel van dit proefschrift betreft de behandeling van dwangstoornissen. Ook hierbij ligt de nadruk op de behandeling van kinderen en adolescenten.

In hoofdstuk 3 worden twee gedragstherapeutische behandelstrategieën beschreven. Exposure en responspreventie en cognitieve therapie. Bij exposure en responspreventie wordt de patiënt blootgesteld aan de angstopwekkende stimuli (exposure) zonder dat de dwanghandelingen die de angst gebruikelijk neutraliseren, mogen worden uitgevoerd (responspreventie). In cognitieve therapie wordt een onderscheid gemaakt tussen intrusies, die ook bij mensen zonder een dwangstoornis voorkomen en de (pathologische) interpretatie van deze intrusies, die specifiek zijn voor patiënten met een dwangstoornis. De patient leert om deze interpretaties te veranderen, waarmee de noodzaak om de dwangrituelen uit te voeren verdwijnt. Er zijn verschillende modellen ontwikkeld om dwangproblematiek te verklaren. Naar twee modellen is onderzoek gedaan: het twee fasen model van Mowrer en het cognitieve model. Uit het onderzoek naar het cognitieve model blijkt dat patiënten met een dwangstoornis de bij niet-patiënten ook voorkomende intrusies verkeerd interpreteren. Hierbij spelen met name bovenmatig verantwoordelijkheidsbesef, perfectionisme, overschatting van gevaar en intolerantie voor onzekerheid een rol. Uit gecontroleerd onderzoek bij volwassen patiënten blijkt dat zowel exposure en responspreventie als cognitieve therapie effectieve behandelvormen zijn. Er zijn geen gecontroleerde

studies bij kinderen en adolescenten gedaan. Uit ongecontroleerde studies bij kinderen en adolescenten blijkt dat ongeveer drie kwart van de patiënten aanzienlijk verbetert. Uit case studies blijkt dat de meeste kinderen en adolescenten behandeld worden met exposure en responspreventie, dat er aandacht wordt geschonken aan cognities, gezinsleden veelal bij de behandeling worden betrokken, dat gedragsstoornissen een ernstige belemmering kunnen vormen voor de behandeling en dat motivering een essentieel onderdeel van de therapie is.

In hoofdstuk 4 wordt de uitvoering van de behandeling bij kinderen en adolescenten beschreven. De patiënt krijgt informatie over de dwangstoornis, waarbij vermeld wordt dat het een te behandelen probleem is. Er wordt een verklaring gegeven voor het ontstaan en blijven bestaan van de klachten. Benadrukt wordt dat hier geen sprake is van schuld of vervelend gedrag. Vervolgens wordt er een inventarisatie gemaakt van de dwanghandelingen, de dwanggedachten en het vermijdingsgedrag, waarna er exposure en responspreventie opdrachten gemaakt kunnen worden. Ook bij de behandeling van dwanggedachten kan exposure worden toegepast. De patiënt kan echter ook copingstrategieën leren om met de akelige gedachten om te gaan. Ook kan de patiënt leren de obsessies, naar analogie van de zogenaamde 'dream substitution' methode, te veranderen in prettiger gedachten of beelden. De patiënt is vanaf het begin actief betrokken bij het therapieproces, om de compliance zo groot mogelijk te laten zijn. Exposure en responspreventie opdrachten worden bij voorkeur door de patiënt zelf vastgesteld. Andere mogelijkheden om de motivatie te vergroten zijn: leuke registratieopdrachten, beloningen voor het uitvoeren van de opdrachten, de 'teveel en te weinig' methode en een puntenprogramma. Ouders worden bij de behandeling betrokken. Bij jonge kinderen worden zij bij het uitvoeren van de opdrachten ingeschakeld. Ouders van oudere kinderen zijn op de hoogte van de aard van de therapie, zij kunnen informatie geven over het gedrag van de patiënt thuis en wanneer zij bij de dwangproblematiek zijn betrokken (antwoord geven op dwangvragen, meehelpen met de dwangrituelen) kunnen ook zij huiswerkopdrachten krijgen.

Hoofdstuk 5 bevat een overzicht van gecontroleerde en ongecontroleerde studies naar het effect van medicatie voor kinderen en adolescenten. Uit gecontroleerde studies met clomipramine bleek een significant effect vergeleken met

placebo medicatie of een niet serotonerg antidepressivum. Er werden verbeteringen van 30% tot 50% gemeld. Uit een gecontroleerde studie naar het effect van fluoxetine bleek een symptoomafname van 44%. Er werd geen significant verschil met placebo medicatie gevonden. De geringe power van het onderzoek is hieraan waarschijnlijk debet. In ongecontroleerde studies naar het effect van fluoxetine en fluvoxamine werden gunstige resultaten gemeld. Hoewel de gerapporteerde verbeteringen statistisch significant waren, waren deze niet voor alle patiënten klinisch relevant. Een groot aantal van hen bleef, hoewel in mindere mate, klachten houden. Uit follow-up onderzoek bij volwassenen blijkt dat de gunstige resultaten van de medicatie blijven bestaan op voorwaarde dat deze niet gestaakt wordt. De resultaten van follow-up onderzoek bij kinderen en adolescenten wijzen in dezelfde richting. Over het algemeen werd de medicatie goed verdragen. Als belangrijkste bijwerkingen van clomipramine werden vermeld: zweten, trillen, slaperigheid. Eenmaal werden agitatie, agressiviteit en achterdochtigheid bij twee jongens beschreven. Fluoxetine heeft als belangrijkste bijwerking agitatie en rusteloosheid. In een aantal publicaties werd verslag gedaan van suïcide of suïcidaliteit en automutilatie bij patiënten die fluoxetine gebruiken. Deze publicaties betreffen volwassen patiënten met depressieve klachten en kinderen met een dwangstoornis. Het is echter onduidelijk wat de relatie met de medicatie is. Het aantal uitvallers vanwege bijwerkingen varieerde in de onderzoeken van 2% tot 25%.

In het derde en laatste deel van dit proefschrift worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd.

In hoofdstuk 6 wordt verslag gedaan van het onderzoek naar de effectiviteit van gedragstherapie versus clomipramine bij kinderen en adolescenten. Twee en twintig kinderen werden gedurende 12 weken behandeld met gedragstherapie ($n = 12$) of clomipramine ($n = 10$). De gemiddelde dosis clomipramine was 2.5 mg/kg (range 1.4 - 3.3 mg/kg). De effectmaten waren: de Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Child Version (CY-BOCS) en de Leyton Obsessive Inventory Child Version (LOI-CV) om de dwangproblematiek te meten, de Kinder Depressieschaal (KDS) en de Child Behavior Checklist (CBCL) als maten voor algemene psychopathologie. In beide condities werden significante verbeteringen bereikt, zowel op de maten voor dwangproblematiek als op de maten voor alge-

mene psychopathologie. Gemeten op de CY-BOCS werd met gedragstherapie een significant groter effect bereikt dan met clomipramine. Op de LOI-CV werd geen verschil tussen beide condities vastgesteld. Bij voortzetting van de therapie na de eerste 12 weken werd bij vijf van de negen nonresponders alsnog een significante verbetering vastgesteld. Een belangrijke beperking van het onderzoek is het geringe aantal patiënten. De resultaten zullen in een onderzoek met meer patiënten bevestigd moeten worden.

Hoofdstuk 7 bevat de resultaten van de predictie studie bij de onderzoekspopulatie die in hoofdstuk 6 beschreven is. Er zijn nauwelijks gegevens over predictoren voor het effect van de behandeling bij kinderen en adolescenten. De meeste onderzochte variabele hebben geen predictieve waarde. In het hier beschreven onderzoek werden op grond van de resultaten van eerdere studies en op grond van klinische ervaring de volgende factoren onderzocht: ernst van de dwangproblematiek, gezinsfunctioneren, leeftijd, leeftijd bij het begin van de klachten, en comorbide psychopathologie. Als predictie maten zijn gebruikt: Gezinsdimensieschalen (GDS) en Child Behavior Checklist (CBCL). Als effectmaat werd gebruikt de Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Child Version (CY-BOCS). Behalve de ernst van de problematiek werden geen significante predictoren gevonden.

Hoofdstuk 8 betreft onderzoek bij volwassen patiënten met een dwangstoornis. Hier werd de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie versus een combinatie van cognitieve gedragstherapie met fluvoxamine vergeleken. Er waren vijf condities: cognitieve therapie, exposure en responspreventie, fluvoxamine na acht weken behandeling gecombineerd met cognitieve therapie, fluvoxamine na acht weken behandeling gecombineerd met exposure en responspreventie en een wachtlijst controle conditie. De behandeling besloeg in totaal 16 weken. 115 patiënten waren in het onderzoek betrokken, hiervan vielen 29 patiënten uit. De belangrijkste effect maat was de Y-BOCS. In alle behandelcondities werden significante verbeteringen geconstateerd, zowel bij de nameting na 16 weken als bij de follow-up meting een half jaar later. In de wachtlijst conditie werden geen significante verbeteringen gevonden. Het resultaat bij de nameting bleek het resultaat bij follow-up te voorspellen voor zo ver dit de gunstige resultaten betrof. responders bleven responders. Dit gold echter niet voor de mislukkingen. Ruim

één derde van de nonresponders bij nameting bleek alsnog responder bij follow-up (late responder). Er werd geen verschil in resultaat gevonden tussen de vier behandelcondities.

In hoofdstuk 9 worden de resultaten van een predictie onderzoek bij dezelfde populatie volwassen patiënten besproken. Op grond van gegevens uit eerder onderzoek werden de volgende variabelen onderzocht: woonsituatie en werksituatie, duur van de klachten, leeftijd waarop de klachten zijn begonnen, eerdere behandelingen voor de dwangstoornis, depressiviteit (gemeten op de Beck Depression Inventory), algemene psychopathologie (gemeten op de SCL-90), persoonlijkheidsstoornissen (gemeten op de PDQ-R) en motivatie voor therapie (gemeten op de Nijmeegse Motivatie Lijst). Motivatie voor therapie, de dimensionale score op de cluster A persoonlijkheidsstoornis, en de ernst van de problematiek bleken significante predictoren voor het resultaat van de behandeling, zowel bij nameting als bij follow-up. Er werden geen predictoren gevonden die specifiek het resultaat van gedragstherapie of een combinatie behandeling voorspelden. De veelgehoorde opvatting dat bij ernstige dwangklachten een combinatie-behandeling de voorkeur verdient, wordt niet door de resultaten van dit onderzoek ondersteund. De patiënten die pas bij de follow up meting responder bleken te zijn (late responders) onderscheiden zich van vroege responders door ernstiger problematiek, vaker eerder behandeld zijn en een langzamere verbetering.

In hoofdstuk 10 wordt nader ingegaan op de resultaten en de beperkingen van het onderzoek. Op grond van de relatief geringe gemiddelde verbetering die in het onderzoek bij kinderen en adolescenten met clomipramine werd bereikt, kan geconcludeerd worden dat een behandeling met medicatie alleen niet aangewezen is. Uit het onderzoek bij volwassenen kan de conclusie getrokken worden dat er geen argumenten zijn voor een combinatie-behandeling van gedragstherapie met medicatie. Alleen wanneer er een wachtlijst is voor gedragstherapie kan gestart worden met medicijnen. Zowel uit het onderzoek bij kinderen en adolescenten als uit het onderzoek bij volwassen patiënten blijkt dat bij geringe respons na drie tot vier maanden therapie, voortzetting van de behandeling zinvol is.

In het onderzoek bij kinderen en adolescenten is om praktische en ethische redenen geen gebruik gemaakt van controle-condities. Dit betekent dat er niet gecontroleerd is voor spontaan herstel, noch voor non-specifieke behandel-effecten. Op grond van resultaten van eerder onderzoek zowel bij kinderen als bij volwassenen kan echter worden aangenomen dat het resultaat van de behandeling niet verklaard kan worden door dergelijke effecten. De resultaten van het onderzoek bij kinderen en adolescenten dienen als voorlopig geïnterpreteerd te worden. De geringe omvang van de onderzoeksgroep en het gebrek aan gevalideerde meetinstrumenten (dit geldt overigens niet voor de belangrijkste effectmaat, de CY-BOCS) zijn de belangrijkste beperkingen van het onderzoek.

In het onderzoek bij kinderen en adolescenten is, om aan te sluiten bij eerder onderzoek, een ander criterium voor responders gebruikt (meer dan 30% verbetering op de CY-BOCS) dan in het onderzoek bij volwassenen (een criterium voor statistisch significante verbetering én een criterium voor klinisch relevante verbetering). Gezien de resultaten van het onderzoek in dit proefschrift is het de vraag of dit laatste criterium in deze fase van de behandeling al gebruikt had kunnen worden. De voorspellende waarde van dit criterium geldt alleen de responders. Een groot aantal patiënten, die volgens dit criterium nonresponders waren, verbeterde bij voortzetting van de therapie alsnog.

Uit de hier beschreven studies en uit eerder onderzoek blijkt dat een groot aantal patiënten profiteert van de behandeling. Nieuw onderzoek zou gericht moeten zijn op de behandeling van patiënten die niet verbeteren. Hierbij blijft verder onderzoek naar predictoren voor het resultaat van de behandeling van belang.

SUMMARY

This thesis looks at obsessive-compulsive disorders in children, adolescents and adults. The questions posed relate to the effectiveness of treatment and prediction of effect. Research on these involving children, adolescents and adults is reported on in the third section. The first section is a literature study which focuses on the characteristics of obsessive-compulsive disorder; the second is a discussion of treatment strategies and treatment in practice. Emphasis is placed here on the information relating to obsessive-compulsive disorders in children and adolescents.

Chapter 1 gives a description of the disorder. Obsessive-compulsive disorder is characterized by recurrent obsessions or compulsions. This applies both to children and adolescents and to adults. The criterion egodystonicity (the patient recognizes the pointlessness of the compulsive rituals), which applies principally to adults, is now increasingly being put in perspective. In a third to one half of adult patients onset of the disorder occurs before the age of twenty. In children and adolescents, age at onset is around ten years, although the complaints begin considerably earlier in some children. Co-morbidity occurs in children and adolescents in about three quarters of the cases. The most frequently occurring comorbid disorders are depression, other anxiety disorders and tics, or the Gilles de la Tourette Syndrome (GTS). Differential diagnosis is needed to distinguish the disorder from depression, schizophrenia, autism and GTS, since compulsive behaviours and/or obsessional thoughts can also be a part of these disorders, though they are either not their most important characteristic or they serve a purpose other than anxiety reduction. Epidemiological data relating to children and adolescents reveals a prevalence of 2%-4%. In clinical practice more boys than girls present for treatment, although no such sex ratio difference shows up in epidemiological research. The results of prospective follow-up research indicate that about half the patients (children and adolescents) are relieved of their complaints, a quarter still suffer to some extent from their compulsive symptoms and a quarter are still severely troubled by them.

Chapter 2 discusses the phenomenology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. The most frequently occurring compulsions are clean-

ing, checking, counting and repeating. Cleaning results from anxieties about being dirty or being contaminated or contaminating others. Checking is mostly carried out to prevent disasters. Rituals are very prevalent in children and adolescents. These also serve to prevent disasters. Some patients also suffer from egosyntonic compulsive rituals which are severe and very difficult to influence. Whether these indicate a co-morbid personality disorder or a severe form of obsessive-compulsive disorder is really very difficult to determine.

Obsessions usually occasion compulsions which serve to neutralize the anxiety caused by the thoughts. Children do not always report clearly defined obsessional thoughts. Obsessions are not always accompanied by compulsions.

The second section of this thesis deals with the treatment of obsessive-compulsive disorders. Here too, emphasis is placed on the treatment of children and adolescents.

Chapter 3 describes two behavioural therapeutic treatment strategies: exposure and response prevention and cognitive therapy. In the former, the patient is exposed to the anxiety-provoking stimuli (exposure) and is not allowed to carry out the compulsive actions that usually neutralize the anxiety (response prevention). Cognitive therapy distinguishes between intrusions, which also occur in people who do not have an obsessive-compulsive disorder, and the (pathological) interpretation of intrusions which is particular to obsessive-compulsive patients. The patient learns how to alter the interpretation, thereby ridding himself of the need to carry out the compulsive ritual.

Various models have been developed to explain obsessive-compulsive phenomena. Two of these have been the subjects of research: Mowrer's two-phase model and the cognitive model. Study of the latter revealed that obsessive-compulsive patients misinterpreted the intrusions also occurring in non-patients. This misinterpretation was ascribed to an exaggerated sense of responsibility, perfectionism, overestimation of danger and intolerance of uncertainty.

Controlled research involving adult patients has shown that both exposure and response prevention and cognitive therapy are effective forms of treatment. Although no controlled studies have been carried out involving children and adolescents, the results of non-controlled studies report a considerable improvement in about three quarters of the patients. Most children and adolescents in the

case studies are treated by means of exposure and response prevention in which attention is also paid to cognitions, and family members are usually involved in the treatment. These studies also reveal that disruptive behaviour disorders seriously impede treatment and that motivation is an essential part of the therapy.

Chapter 4 describes the treatment procedure for children and adolescents. The patient is given information about the disorder and is told that it is a treatable condition. The onset and persistence of the complaints are explained. It is emphasized that there is no question of blame or willful misbehaviour. An inventory is then made of the compulsive actions, the obsessional thoughts and the avoidance behaviour, after which exposure and response-prevention assignments can be devised. Exposure can also be employed in the treatment of obsessional thoughts. The patient can, however, also learn strategies for coping with the unpleasant thoughts. In a manner similar to the dream substitution method, patients can also learn how to change the obsessions into more pleasant thoughts or images. From the outset, the patient is actively involved in the therapy process, so as to achieve the greatest degree of compliance. The exposure and response prevention assignments should preferably be determined by the patient him/herself. Other ways of increasing motivation are: registration assignments that are fun, rewards for carrying out the assignments, the 'too much and too little' principle and a points system. The parents are involved in the treatment. Where the children are very young, the parents help with carrying out the assignments. Parents of older children are only acquainted with the nature of the therapy. They can provide information about the patient's behaviour at home and, if they have become actively involved in the child's behaviour (e.g., by answering obsessional questions or by helping with compulsive rituals), they can also be given assignments to be carried out at home.

Chapter 5 is an overview of the controlled and non-controlled studies into the effect of medication in the treatment of children and adolescents. In controlled studies, clomipramine was shown to have a significant effect when compared with a placebo and with a non-serotonergic antidepressant. Improvements of between 30% and 50% were reported. A controlled study into the effect of fluoxetine reported a symptom reduction of 44%, but found no significant difference with a placebo, probably due to the limited power. Favourable results were

found in non-controlled studies into the effects of fluoxetine and fluvoxamine. Although the reported improvements were statistically significant, they were not clinically relevant for all patients. A large number of them still suffered from their complaints, albeit to a lesser degree. Follow-up research involving adults has shown that the favourable results derived from medication will endure, provided the medication is not discontinued. Results of follow-up research involving children and adolescents point in the same direction. The medication is generally well tolerated. The following are the main reported side-effects of clomipramine: sweating, trembling and drowsiness. Agitation, aggression and mistrust were once reported in two boys. The principal side-effects of fluoxetine are agitation and restlessness. Suicide, suicidal tendencies and automutilation in patients taking fluoxetine have been reported in a number of publications. The patients concerned were adults with depressive complaints and children with an obsessive-compulsive disorder. The relationship with the medication is, however, unclear. In the various studies, the number of dropouts as a result of side-effects ranges from 2% to 25%.

The third and final part of this thesis presents the results of its related research.

Chapter 6 reports on the research into the effectiveness of behaviour therapy versus clomipramine in children and adolescents. Twenty-two children were treated for 12 weeks with either behaviour therapy ($n = 12$) or clomipramine ($n = 10$). The average clomipramine dose was 2.5 mg/kg (range 1.4-3.3 mg/kg). The instruments of effect measurement were the Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Child Version (CY-BOCS) and the Leyton Obsessive Inventory Child Version (LOI-CV) for the obsessive-compulsive problems, and the 'Kinder Depressieschaal' (KDS) and the Child Behavior Checklist (CBCL) for general psychopathology.

Significant improvement was achieved in both conditions, on both the measures for obsessive-compulsive problems and those for general psychopathology. Measured on the CY-BOCS, behaviour therapy achieved a significantly greater effect than clomipramine, but the LOI-CV measurement revealed no difference between the conditions. On continuation of the therapy after the initial 12 weeks, five of the nine non-responders showed a significant improvement. A

serious limitation of the study was the small number of patients. The results need to be confirmed in a study involving a greater number of patients.

Chapter 7 contains the results of a prediction study on the population described in Chapter 6. There is hardly any data on effect predictors in the treatment of children and adolescents. The most researched variables have no predictive value. On the basis of clinical experience and the results of earlier studies, the following factors were selected for study here: the severity of the obsessive-compulsive problems, family functioning, age, age at onset of complaints and general psychopathology. The 'Gezinsdimensieschalen' (GDS) and Child Behavior Checklist (CBCL) were used as instruments of prediction measurement. The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Child Version (CY-BOCS) was used to measure effect. Severity of the problems was the only significant predictor determined.

Chapter 8 describes a study involving adult patients with an obsessive-compulsive disorder, in which the effectiveness of cognitive behaviour therapy was compared to that of a combination of cognitive behaviour therapy and fluvoxamine. There were five conditions in the study: cognitive therapy, exposure and response prevention, fluvoxamine in addition to cognitive therapy after eight weeks, fluvoxamine in addition to exposure and response prevention after eight weeks, and a waiting list control group. The treatment lasted 16 weeks in total and involved 115 patients, 29 of whom dropped out. The principal effect measure was the Y-BOCS. Significant improvements were recorded for all the treatment conditions, both at posttreatment measurement after 16 weeks and at follow-up measurement six months later. No significant improvements were found in the waiting list condition. The posttreatment measurement score appeared to predict the follow-up score if the result was positive. Responders remained responders. This did not, however, apply to the non-responders, a good third of whom had become responders by follow-up (late responders). No difference in effectiveness was found between the four treatment conditions.

Chapter 9 presents the results on prediction research using the same adult population as described in Chapter 8. On the basis of data from earlier research, the following variables were selected for study: living situation, work situation, du-

ration of complaints, age at onset of symptoms, previous treatment for the obsessive-compulsive disorder, depression (measured on the Beck Depression Inventory), general psychopathology (measured on the SCL-90), personality disorders (measured on the PDQ-R) and motivation for therapy (measured on the 'Nijmeegse Motivatie Lijst'). Motivation for therapy, the dimensional score on the personality disorder A cluster, and severity of complaints appeared to be of significant value for the prediction of treatment effect, at both posttreatment and follow-up measurement. No effect predictors were found which specifically related to the result of behaviour therapy or a combined treatment programme. The widely held opinion that a combined treatment programme is the preferred option for the treatment of severe obsessive-compulsive complaints could not be substantiated by the results of this study. The patients who were initially non-responders but who became responders by follow-up` (the late responders), could be distinguished from early responders by more severe obsessive-compulsive complaints, more often having had earlier treatment and a slower improvement.

Chapter 10 examines more closely the results of the research and its limitations. Given the relatively small average improvement in children and adolescents achieved by prescribing clomipramine in this research, it can be concluded that treatment by medication alone is not advisable. The research involving adults would seem to indicate that there are no arguments for a combined treatment programme of behaviour therapy and medication. Only when there is a waiting list for behaviour therapy should a start be made by prescribing medication. Research involving all age groups shows that even if there is only a limited response after three to four months of therapy, it is worthwhile continuing treatment.

For practical and ethical reasons, no control groups were used in the study on children and adolescents. This means that there was no way of checking for spontaneous recovery or non-specific treatment effects. Earlier research involving both children and adults would seem to indicate, however, that treatment results cannot be ascribed to such effects.

The results of the study involving children and adolescents should be regarded as tentative. The limited size of the group and the lack of validated instruments of measurement (this does not apply though to the main effect measure, the CY-BOCS) are the principal weaknesses of the research.

DANKBETUIGING

Een proefschrift schrijven, werkend in de klinische praktijk, kan alleen als die praktijk zowel klinisch werk als wetenschappelijk onderzoek stimuleert. Ik heb het geluk gehad jarenlang in een dergelijke omgeving te kunnen werken. Op de afdeling Psychiatrie van het Reinier de Graafgasthuis in Delft is de dwangstoornis lange tijd een belangrijk onderwerp van onderzoek en studie geweest. Met een enthousiast team werden behandelstrategieën besproken en onderzoeksplannen gesmeed. Na het proefschrift van Kees Hoogduin over de predictie van het behandelresultaat bij volwassen patiënten met een dwangstoornis, is dit het tweede proefschrift over OCS dat uit de 'Delfse groep' voortgekomen is. Het is treurig dat het onderzoek voor het derde proefschrift, na een jaar voorbereiding, door het nieuwe hoofd van de afdeling Psychiatrie werd afgeblazen. Met zijn 'vernieuwend' beleid kwam er een einde aan de samenwerking tussen een aantal hardwerkende mensen, die zich liever druk maakten over een nieuw artikel of over een bijzondere behandeling dan over hun ATV-dagen.

Op deze laatste pagina's van mijn proefschrift wil ik een aantal mensen bedanken. In de eerste plaats mijn promotor, professor dr. Frank Verhulst die, gewend aan snel en efficiënt promoveren, mijn slakkengang respecteerde en mij bleef bemoedigen en mijn plannen en geschriften van kritisch, maar gelukkig ook welwillend commentaar voorzag. Professor dr. Paul Emmelkamp, tweede promotor, en al veel langer goede vriend, bedank ik voor zijn helaas altijd terechte kritiek, zijn adviezen en zijn snelle, slimme oplossingen voor, voor mij onoplosbare problemen. Professor dr. Fop Verheij, professor dr. Wim Trijsburg en professor dr. Boudewijn Gunning bedank ik voor hun bereidheid om, als lid van de promotiecommissie, mijn proefschrift te beoordelen.

De leden van de 'Delftse groep' wil ik bedanken omdat zonder hen dit proefschrift er nooit geweest zou zijn. Dit geldt in de eerste plaats voor Kees Hoogduin, indertijd inspirerend hoofd van de afdeling Psychiatrie. Hij bracht me niet alleen op het idee om over behandelingen te schrijven en onderzoek te doen, hij heeft er ook met een onverwoestbaar optimisme en soms hinderlijke volharding voor gezorgd dat ik er mee doorging. Alette Hansen heeft, geloof ik, jarenlang niet eens geweten dat er ATV dagen bestonden. Met haar vormde ik het piepkleine team dat kinderen met ingewikkelde stoornissen zoals de dwangstoornis en anorexia nervosa behandelde. Dit team werd later uitgebreid met Constance

Dolman en Alice Grannetia. Zij drieën en Evelien Rouwendal waren de therapeuten in het onderzoek bij kinderen en adolescenten. Zonder hun betrokkenheid en enthousiasme was er van dat hele onderzoek niets terecht gekomen. Kinderen houden nu eenmaal niet van vragenlijsten invullen en doen wat behandelprotocollen voorschrijven. Deze vier behandelaren hebben het iets minder erg voor hen gemaakt. Walter Arts, Rudy Severeijns en Evelien Rouwendal waren de therapeuten in het onderzoek bij volwassen patiënten. Hoewel ze, vooral in het begin van het onderzoek, vaak zaten te popelen om hun eigen vertrouwde behandelstrategieën toe te passen, hebben ze zich altijd loyaal aan de protocollen gehouden, zo loyaal dat ze tenslotte de grote deskundigen op het gebied van de cognitieve therapie werden. Manja Schmohl kreeg destijds als beginnend stagiaire de taak van 'onafhankelijk beoordelaar', hetgeen vooral inhield dat ze vragenlijsten moest afnemen bij patiënten en therapeuten die wel wat beters te doen hadden. Zij heeft zich nauwgezet van deze taak gekwetend, vergat nooit wat en werd nooit boos. Ik had het haar niet nagedaan. De redactieleden van ons onderlinge tijdschrift de zg. Maandagavond Courant, van wie ik nog niet heb genoemd Marina Akkermans, Michel Reinders, Janneke Blom, Hans van Beusekom, Steven van Beek, Lisel Verkuyl en Marc Verbraak dank ik voor hun opbouwende kritiek op alle soms wel zeer premature hoofdstukken die ik in de 'Courant' publiceerde.

Herman van Engeland, hoogleraar en hoofd van de Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Academisch Ziekenhuis in Utrecht gaf mij de mogelijkheid een deel van het onderzoek bij kinderen en adolescenten daar uit te voeren, waarvoor ik hem zeer erkentelijk ben. Met Jan Buitelaar die, als hoofd van de polikliniek, de intakes voor het project deed en met niet aflatende ijver naar kinderen met een dwangstoornis speurde, heb ik alle jaren van het onderzoek prettig samengewerkt. Alfons Crijnen en Hans Bogte, destijds arts-assistenten, waren de therapeuten in Utrecht. Ik bewonder hun bereidheid om, hoewel voornamelijk anders opgeleid, moeilijke kinderen met gedragstherapie onder supervisie van een vreemdeling te behandelen.

Het onderzoek bij volwassen patiënten was een samenwerkingsproject met de Psychiatrisch polikliniek van de Valeriuskliniek in Amsterdam. Patricia van Oppen en Ton van Balkom, de medeonderzoekers, dank ik voor de lange en vooral vriendschappelijke samenwerking. Richard Van Dijck en Kees Hoogduin, die het onderzoek entameerden en begeleidde, dank ik voor de vele vruchtbare besprekingen en hun heldere, kritische blik. Philip Spinhoven was

als methodoloog en statisticus aan het onderzoek verbonden. Ik denk met plezier terug aan al die uren achter de computer met Philip, die net deed alsof ik alles wist van SPSS, ANOVA, MANOVA en wat dies meer zij. Dat dit nu, twee jaar later, iets minder onwaar is heb ik voor een belangrijk deel aan hem te danken. Jette Kiestra, Henriette Kuipers, Marion Nadort, Joost Beek, en Niels Duits waren de therapeuten in Amsterdam. Zij gingen, waar het protocol dat vroeg, moeiteloos over van cognitieve therapie naar exposure en andersom. Ik dank hen voor al hun werk en hun vriendschap.

Mijn dochter Sanne zat samen met haar vriendin Patricia Hofstede urenlang de vragenlijsten van het onderzoek te scoren. Zij en Elly Stolk, haar studievriendin uit Maastricht, luisterden vele audiobandjes af om vast te stellen of de behandelprotocollen netjes gevolgd waren. Ik ben er trots op dat zij nu zo ver is met haar studie dat het follow-up-onderzoek bij de kinderen door ons samen, als collega's, kan worden gedaan. Haar vader, Iwan Kriens, dank ik voor het ontwerpen van het kft van dit proefschrift en voor zijn geduld met mijn eindeloze aarzelingen.

Kees van der Velden, gewaardeerd hoofdredacteur van Directieve therapie, zette zijn werk opzij en redigeerde het hele proefschrift. Het is altijd even slikken als de tekst zwart van de aantekeningen terugkomt, maar nu staat er dan ook geen onvertogen woord meer in. Ik dank hem en met hem de kritische, stimulerende en opmerkelijk vrolijke redactie van Dth, van wie nog niet vermeld zijn: Agnes Scholing, Marcel van den Hout, Freddy Lange, Fons van Steenwegen en Johan Vanderlinden.

Ger Keijsers en Marc Verbraak dank ik voor hun hulp bij de berekeningen van het onderzoek bij kinderen. Hun hulp was niet alleen waardevol, maar ook altijd nog gezellig.

De directie van de RIAGG RNW bedank ik voor de tijd die zij mij gaf om dit proefschrift te voltooien; de medewerkers van de jeugdafdeling, en met name Marjan Dedel en Len van der Giessen, voor hun belangstelling en steun.

Een aantal personen wil ik noemen die indirect veel aan dit proefschrift hebben bijgedragen, de vriendinnen- auteurs van Bevallen en Opstaan, Jetske Spanjer, Hilda Dijk, Margot de Waal, Hetty Hagens, Aafke Gorter, Lilet Poortman en Mirjam de Jong. Zij zijn de echte schrijfsters, van wie ik veel geleerd heb.

Tenslotte wil ik mijn familieleden, vrienden, dierbaren en geliefde bedanken voor hun geduld en vertrouwen. Het 'onzichtbare bordje niet storen' haal ik met een zucht van verlichting weg.

CURRICULUM VITAE

De schrijfster van dit proefschrift werd in 1948 in Heemstede geboren. Na het gymnasium alpha studeerde zij klinische en ontwikkelingspsychologie in Groningen en later in Utrecht (1967-1973). Van 1974 tot 1978 werkte zij op de Jeugdafdeling en op de Volwassenen afdeling van de Stichting Geestelijke Gezondheid Zuid Holland, te Delft. Van 1978 tot 1994 was zij verbonden aan de Afdeling Psychiatrie van het Reinier de GraafGasthuis in Delft, zowel op de kliniek als op de polikliniek. De laatste jaren was zij daar waarnemend hoofd van de polikliniek en hoofd van de sector psychotherapie. In 1994 werd zij hoofd van de Jeugdafdeling van de RIAGG Rijnmond Noord West te Vlaardingen, waar zij nu nog werkt. Zij is geregistreerd psychotherapeut en supervisor in de gedragstherapie. Zij was bestuurslid van de Vereniging voor Gedragstherapie (1989-1995) en is lid van de redactie van Directieve Therapie (Dth) en van de redactie van de Praktijkreeks voor Gedragstherapie. Zij is docent van de VGt Registeropleiding voor psychotherapeut en geeft geregeld cursussen en workshops o.a. op het gebied van dwangstoornissen en directieve therapie en gedragstherapie.

PUBLICATIES

- Spanjer, J., Haan, E. de, Dijk, H., Poortman, L., Gorter, A., Waal, M. de, Jong, M. de, & Hagens, H. (1979-1994) *Bevallen en Opstaan*. Amsterdam Contact.
- Haan, E. de, & Hoogduin, C.A.L. (1981). Over enuresis nocturna bij adolescenten en volwassenen, *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose* 1, 349-359.
- Haan, E. de. (1984). Over pijn en omgaan met pijn bij de bevalling. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 9, 56-60.
- Hoogduin, C.A.L., & Haan, E. de. (1984). *Directieve therapie bij kinderen en adolescenten*, Deventer Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L., Hartman, S., Haan, E. de, van Dijk, R., & Kuyvenhoven, A. (1985). Een gedragstherapeutisch model ter behandeling van torticollis spasticus en torsiedystonie. *Directieve Therapie*, 5, 27-39.
- Haan, E. de, Hoogduin, C.A.L., & de Jong, P. de. (1985). Geleidelijke exposure bij fobische klachten. *Directieve Therapie*, 5, 216-226.
- Haan, E. de, & Dijk, R. van. (1985). Nadelen en beperkingen van eclecticisme. *Directieve Therapie*, 5, 422-34.

- Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, Hoogduin, W.A., Kraft, A.R., Rombouts, A.J.F.M., & Jong, P.M. de. (1986). Severity and duration of obsessive-compulsive complaints. *Acta Psychiatrica Belgica*, 86, 316-323.
- Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, Schaap, C., & Arts, W. (1987). Exposure and response prevention in patients with obsessions. *Acta Psychiatrica Belgica*, 87, 640-653.
- Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, Terluin, B., & Dolman, C. (1987). Lichamelijke ziekten bij psychiatrische patienten, *MGV*, 10, 1101-1108.
- Haan, E. de. (1988). De man die telt, een diagnostisch probleem, *Directieve Therapie*, 2, 127-135.
- Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, Schaap, C., & Severeijns, R. (1988). Het verband tussen de therapeutische relatie en therapieresultaat bij de behandeling van dwangstoornissen. *Gedragstherapie*, 21, 3, 247-255.
- Haan, E. de. (1988). Over de behandeling van dwang bij adolescenten. In B., Driessen, & H. de Hoogh, *Zelf doen, maar niet alleen*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Haan, E. de, & Akkermans, M. (1989). Een adolescent met een dwangneurose. *DtH*, 3, 212-227
- Arts, W., & Haan, E. de. (1989). Het meerderwaardigheidscomplex. *Directieve Therapie*, 4, 349-357
- Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, & Schaap, C. (1989). The significance of the patient therapist relationship in the treatment of obsessive-compulsives. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 185-186
- Haan, E. de. (1989). Postpartum depressie en hormonen, *Directieve Therapie*, 7, 344-348.
- Haan, E. de. (1989). Pijnbestrijding bij de bevalling: het nut van psychologische methoden. *Directieve Therapie*, 9.
- Haan, E. de. (1990). De behandeling van obsessief-compulsieve stoornis bij kinderen. In C.A.L., Hoogduin, H.G.M., Rooijmans, P., Schnabel, K. van der Velden, & F.C., Verhulst (Red.) *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum
- Haan, E. de, & Wit, C.A.M. de. (1990). Angst- en stemmingsstoornissen. In W., Vandereycken, C.A.L., Hoogduin, & P.M.G., Emmelkamp, *Handboek Psychopathologie I*, Houten, Bohn Stafleu, v. Loghum.
- Severeijns, R., & Haan, E. de. (1990). Het geheim van mevrouw Jansen. *Directieve Therapie*, 10,
- Emmelkamp, P.M.G., Haan, E. de, & Hoogduin, C.A.L. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 156, 55-60
- Arts, W., Severeijns, R., Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, & Schaap, C. (1990). De Inventarisatietijdst Dagelijkse Bezigheden (IDB). Een replicatieonderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit. *Gedragstherapie*, 1, 17-27
- Haan, E. de. (1991). Angstige ouders, angstige kinderen ? *Kind en Adolescent*, 3, 167-175
- Haan, E. de, & Hoogduin, C.A.L. (1992). The treatment of children with obsessive-compulsive disorder. *Acta Paedopsychiatrica*, 55, 93-97.
- Haan, E. de. (1992). Hoe het verder ging met Anna. In K. van der Velden e.a. (Red.) *Directieve Therapie 4*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Haan, E. de. (1992). De vrouw die niet naar de dokter durfde. In K. van der Velden e.a. (Red.) *Directieve Therapie 4*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.

- Velden, K. van der, Dyck, R., Emmelkamp, P., Haan, E. de, Hart, O. van der, Hoogduin, K., Lange, A., Vandereycken, W. & Vansteenwegen, A. (1992). *Directieve Therapie 4*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Haan, E. de. (1992). Dwangbeelden. In F.C., Verhulst, & F., Verheij (Red.) *Onderzoek en diagnostiek in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen Van Gorcum.
- Haan, E. de. (1992). Onderzoek in de praktijk, lust of last? *Directieve Therapie*, 12, 189-200
- Hansen, A.D.M., Hoogduin, C.A.L., Schaap, C., & Haan, E. de. (1992). Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy*, 30, 547-550
- Haan, E. de, & Verbraak, M. (1993). Exposure voor dwanggedachten? *Directieve Therapie*, 13, 49-57
- Arts, W., Severeijns, R., Haan, E. de, Hoogduin, C.A.L., & Hoogduin, W. (1993). Motiveringstechnieken bij de ambulante behandeling van dwangstoornissen met behulp van exposure in vivo en responspreventie. *Directieve Therapie*, 13, 27-49.
- Haan, E. de. (1993). Bespreking van Onno van der Hart (Red.) Trauma, dissociatie en hypnose. *Directieve Therapie*, 13, 265-274.
- Arts, W., Hoogduin, K., Schaap, C., & Haan, E. de. (1993). Do patients suffering from obsessions alone differ from other obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy*, 31, 119-123
- Haan, E. de, Schmohl, M., Hoogduin, K., & Rouwendal, E. (1994). Enuresis nocturna bij volwassenen, resultaten van een directieve behandeling. *Directieve Therapie*, 14, 53-61
- Oppen, P. van, Haan, E. de, Balkom, A.J.L.M. van, Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L., & Dyck, R. van. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390
- Haan, E. de. (1995). De dame met de rode riem. *Directieve therapie*, 15, 106-112.
- Haan, E. de, Hoogduin, K., Buitelaar, J., & Keijsers, G. (submitted). Behavior therapy versus clomipramine in obsessive-compulsive disorders in children and adolescents.
- Haan, E. de, Oppen, P. van, Balkom, A.J.L.M. van, Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L., & Van Dyck, R. (in press). Prediction of outcome and early versus late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Balkom, A.J.L.M. van, Haan, E. de, Oppen, P. van, Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L., & Van Dyck, R. (submitted). Cognitive-behavioural therapy versus the combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder.

